

# Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen (PeerIntervent)

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

## **Abschlussbericht / Sachbericht**

### **Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen (PeerIntervent)**

**Förderkennzeichen:** ZMI1-2521FSB30A (IPP), ZMI1-2521FSB30B (UKE), ZMI1-2521FSB30C (GAB)

**Projektlaufzeit:** 01.09.2021 – 31.08.2024 (ausgabenneutral verlängert bis 31.10.2024)

**Fördersumme:** 160.719,00 Euro (IPP) / 141.670,00 Euro (UKE ) / 243.616,00 Euro (GAB)

**Fördersumme:** 546.005,00 Euro

**Projektleitung:** Prof. Dr. Ansgar Gerhardus, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Str. 4, 28359 Bremen, [ansgar.gerhardus@uni-bremen.de](mailto:ansgar.gerhardus@uni-bremen.de)

#### **Projektmitarbeitende:**

Lena-Katharina Oeltjen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen, Grazer Str. 4, 28359 Bremen, [lena.oeltjen@uni-bremen.de](mailto:lena.oeltjen@uni-bremen.de)

Georg Knigge, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, [g.knigge@uke.de](mailto:g.knigge@uke.de)

Rebecca Nixdorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, [r.nixdorf@uke.de](mailto:r.nixdorf@uke.de)

Dr. Imke Heuer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, [im.heuer@uke.de](mailto:im.heuer@uke.de)

Dr. Candelaria Mahlke, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, [c.mahlke@uke.de](mailto:c.mahlke@uke.de)

Dr. Maike Schulz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gesundheit Nord gGmbH, Klinikum Bremen-Ost, Züricher Straße 40, [maike.schulz@gesundheitnord.de](mailto:maike.schulz@gesundheitnord.de)

Denis Briel, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gesundheit Nord gGmbH, Klinikum Bremen-Ost, Züricher Straße 40, [denis.briel@gesundheitnord.de](mailto:denis.briel@gesundheitnord.de)

Julia Ponke, Abteilung Sozialpsychiatrie und Prävention, Gesundheitsamt Bremen, Horner Straße 60-70, 28203 Bremen, [julia.ponke@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:julia.ponke@gesundheitsamt.bremen.de)

Prof. Dr. Werner Brannath, Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen und Institut für Statistik,  
Universität Bremen, Linzer Str. 4, 28359 Bremen, [brannath@uni-bremen.de](mailto:brannath@uni-bremen.de)

Jörg Utschakowski, Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, Referat 24 – Psychiatrie und Sucht, Faulenstr. 9/15, 28195 Bremen,  
[joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de](mailto:joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de)

## Inhalt

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| I Abbildungsverzeichnis .....                                                | 5  |
| II Tabellenverzeichnis .....                                                 | 6  |
| III Abkürzungsverzeichnis .....                                              | 7  |
| 1 Zusammenfassung .....                                                      | 8  |
| 2 Einleitung .....                                                           | 10 |
| 3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....                                    | 15 |
| 4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....                                   | 23 |
| 5 Ergebnisse .....                                                           | 27 |
| 6 Gender Mainstreaming Aspekte.....                                          | 49 |
| 7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung.....                          | 50 |
| 8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)..... | 57 |
| 9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....          | 58 |
| 10 Publikationsverzeichnis .....                                             | 59 |
| 11 Anlage (dem Sachbericht als getrenntes Dokument beigelegt).....           | 60 |
| 12 Literaturverzeichnis .....                                                | 60 |

## **I Abbildungsverzeichnis**

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Zeitplan Soll-Ist-Abgleich.....                                                                                    | 26 |
| Abbildung 2: Theory of Change Map: Peer-gestützte Krisenintervention zur Reduktion von<br>Zwangseinweisungen nach PsychKG ..... | 49 |

## II Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen nach Region und Zeitraum.....                                                                              | 27 |
| Tabelle 2: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen.....                                | 33 |
| Tabelle 3: Vergleich von Zwangseinweisungen bei Kriseneinsätzen mit und ohne Genesungsbegleitende im Interventionszeitraum .....                            | 34 |
| Tabelle 4: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen, aufgeteilt nach Geschlecht.....    | 34 |
| Tabelle 5: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen, aufgeteilt nach Altersgruppen..... | 35 |
| Tabelle 6: Ergebnisse des GEE-Modells mit einer Korrektur für die kleine Anzahl Cluster.....                                                                | 36 |

### **III Abkürzungsverzeichnis**

df: Degrees of Freedom (Freiheitsgrade)  
ERA: Skala ängstlich-emotionale Reaktionen  
ERM: Skala mitfühlend-emotionale Reaktionen  
GeNo: Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH Bremen  
IPP: Institut für Public Health und Pflegeforschung  
KKSb: Kompetenzzentrum Klinische Studien Bremen  
M: Mittelwert  
Max: Maximum  
Min: Minimum  
N: Anzahl  
ÖGD: Öffentlicher Gesundheitsdienst  
p: p-Wert (Signifikanzniveau)  
Post: Wert nach der Intervention  
Prä: Wert vor der Intervention  
SD: Standardabweichung  
STPN: Skala negative Vorurteile  
STPU: Skala-unbedrohliche Vorurteile  
SZD: Skala soziale Distanz  
T: T-Wert der T-Statistik  
UKE: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## 1 Zusammenfassung

Menschen in psychischen Krisen können gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Diese Zwangseinweisungen sind für die Betroffenen in der Regel sehr belastend. In Bremen ist für den Umgang mit psychiatrischen Notfällen der Sozialpsychiatrische Dienst (SpsD) als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zuständig. Internationale und nationale Studien zeigen, dass der Einsatz von Genesungsbegleitenden, also Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung („Peers“) zu einer gleichwertigen Interaktion beiträgt, zu einer Verringerung von Zwangsmaßnahmen (im klinischen Setting) führt und das Gefühl von Diskriminierung und Stigmatisierung bei den Betroffenen vermindert.

Die Ziele des Projektes „PeerIntervent“ waren, (1) durch den Einsatz von geschulten Genesungsbegleitenden in Kriseneinsätzen des SpsD Bremen die Wahrscheinlichkeit einer Zwangseinweisung zu reduzieren; (2) Menschen in einer psychischen Krise das Gefühl zu vermitteln, mit Verständnis und Respekt versorgt zu werden; (3) das Verständnis für Menschen in einer akuten psychischen Krise bei Mitarbeitenden des SpsD und Mitarbeitenden der Polizei zu verbessern und (4) die Zusammenarbeit zwischen ÖGD, Wissenschaft und den Zielgruppen zu stärken.

Die Veränderungen bei den Zwangseinweisungen (Ziel 1) wurden in einer explorativen, cluster-randomisierten, kontrollierten Studie in den fünf Stadtbezirken des Bremer SpsD evaluiert. Die Perspektiven von Betroffenen (Ziel 2) wurden qualitativ in 27 Einzelinterviews mit Betroffenen aus der Interventions- und der Kontrollgruppe erfasst. Die Perspektive von Genesungsbegleitenden, Mitarbeitenden des SpsD und Mitarbeitenden der Polizei (Ziel 3) wurde in zwei Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des SpsD, Einzelinterviews mit den eingesetzten Genesungsbegleitern<sup>1</sup> sowie in Interviews und einer Fragebogenerhebung mit Polizistinnen und Polizisten erhoben. Die Zusammenarbeit zwischen ÖGD, Wissenschaft, Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe und weiteren Akteurinnen und Akteuren (Ziel 4) wurde in einer gemeinsamen, leitfadengestützten Fokusgruppe zum Projektende evaluiert.

Die quantitative Analyse zeigte eine moderate Tendenz für eine Verminderung des Anteils der Zwangseinweisungen in der Interventionsgruppe (Ziel 1). Betroffene nahmen die Arbeit des SpsD, insbesondere die Rolle der Genesungsbegleitenden überwiegend positiv wahr, obwohl es Bedenken zu deren Ausbildung und zur praktischen Umsetzung gab (Ziel 2). Die Genesungsbegleiter berichteten von anfänglichen Unsicherheiten bezüglich ihrer Rolle und Aufgaben. SpsD-Mitarbeitende waren zunächst skeptisch hinsichtlich der Ausbildung und Rolle von Genesungsbegleitenden in akuten Krisen, bei einigen verbesserte sich die Wahrnehmung im Verlauf. Polizistinnen und Polizisten berichteten insbesondere in den Kontrollregionen von einem Wissenszuwachs über psychische Krisen und einer Reduktion stereotyper Einstellungen (Ziel 3). Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren wurde als überwiegend positiv bewertet, mit Verbesserungspotential bei der frühzeitigen Einbeziehung der operationalen Ebene auf Seiten des Praxispartners (Ziel 4).

---

<sup>1</sup> Da im Projekt ausschließlich männliche Genesungsbegleitende eingesetzt waren, wird im vorliegenden Bericht – wenn auf diese konkret Bezug genommen wird – nur die männliche Form ‚Genesungsbegleiter‘ verwendet.

Die Erkenntnisse aus dem Projekt werden in die Neukonzeptualisierung der psychiatrischen Bremer Krisendienste eingehen. Für eine aufbauende Studie mit confirmatorischer Zielsetzung sollte die Akzeptanz aller Beteiligten sichergestellt und eine längere Vorlaufzeit eingeplant werden.

## 2 Einleitung

### 2.1 Ausgangslage des Projekts

#### *Das Gesundheitsproblem „Zwangseinweisungen“*

Menschen können gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik zwangseingewiesen werden, wenn sie sich in einer psychischen Krise befinden. Voraussetzung ist, dass sie eine erhebliche Gefahr für sich selbst, andere oder wichtige Rechtsgüter darstellen. Diese Gefahr muss zudem auf keinem anderen Weg abwendbar sein. Die rechtliche Grundlage für derlei sog. Unterbringung bilden die jeweiligen Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (in Bremen das BremPsychKG; öffentliches Recht) sowie das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 1906; Zivilrecht). Für diese Maßnahme wird im Folgenden der Begriff „Zwangseinweisung“ verwendet.

Da Zwangseinweisungen einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte darstellen, dürfen sie nur als „ultima ratio“ nach Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten zur Gefahrenabwehr erfolgen (Müller 2018). Betroffene empfinden Zwangseinweisungen oft als stigmatisierend und diskriminierend (Deutscher Ethikrat 2019). Sie sind meist mit intensiven negativen Emotionen wie Angst, Erniedrigung und Ohnmacht verbunden (Armgarth et al. 2013), können traumatisierend wirken (Meise & Frajo-Apor 2011; Steinert & Baur 2004) und posttraumatische Belastungsstörungen auslösen (Iudici et al. 2022).

Das Risiko für eine Zwangseinweisung steigt bei bestimmten psychischen Erkrankungen wie organischen Störungen (ICD-10 F0), Psychosen (ICD-10 F2) – besonders in Verbindung mit Suchterkrankungen – sowie bei Menschen mit Lernschwierigkeiten (ICD-10 F7). Weitere Risikofaktoren bzw. -marker umfassen männliches Geschlecht, Migrationshintergrund, niedriger Bildungsgrad, Arbeits- oder Wohnungslosigkeit, das Leben in assistierten Wohnformen und die Abhängigkeit von Sozialleistungen (Schmitz-Buhl et al. 2019).

Die Häufigkeit, die Dauer und die Art von Zwangseinweisungen variieren stark zwischen Ländern, Regionen und Kliniken (Raboch et al. 2010; Steinert et al. 2015), was auf große Handlungsspielräume hindeutet. Seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 hat sich die kritische Debatte um Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie intensiviert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011). In der 2018 veröffentlichten S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ wurde festgehalten, dass bei jeder Intervention das vorrangige Ziel darin bestehen sollte, Deeskalation zu fördern und Zwangsmaßnahmen gegen den Willen psychisch erkrankter Menschen möglichst zu vermeiden (DGPPN 2018).

#### *Die Versorgungssituation in der Stadt Bremen*

In Bremen ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SpsD, im Projektantrag noch KID genannt) als Teil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für den Umgang mit psychiatrischen Notfällen zuständig. Der SpsD ist seit 2003 in die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren (BHZ) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des landeseigenen Klinikverbunds Gesundheit Nord (GeNo) integriert.

Der SpsD ist in fünf Stadtbezirken (Mitte, Nord, Ost, Süd und West) organisiert. Wochentags von 08:30 bis 15:00 Uhr sind jeweils fünf regionale Teams im Einsatz. Von 15:00 bis 23:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen von 08:30 bis 17:00 Uhr übernimmt ein Team die zentrale Versorgung aller

fünf Bremer Versorgungsregionen. Außerhalb dieser Zeiten werden in der Regel Polizei oder Rettungsdienst gerufen, oder Betroffene suchen selbst die Zentrale Notaufnahme auf.

Die Kontaktaufnahme zum SpsD erfolgt telefonisch durch Polizei, Einrichtungen, Angehörige, Dritte oder Betroffene selbst. Zunächst wird geprüft, ob das Problem telefonisch gelöst werden kann. Falls nötig, erfolgen aufsuchende Kriseneinsätze, in der Regel durch zwei Mitarbeitende, mit dem Ziel der Deeskalation. Sollte die Deeskalation der Krisensituation nicht möglich sein und wird angenommen, dass die Person sich und/oder andere Personen oder bedeutende Rechtsgüter gefährdet, wird mit schriftlichem ärztlichen Zeugnis bei der Ortspolizeibehörde die Anordnung einer Zwangseinweisung gemäß § 19 BremPsychKG (sog. „sofortige Unterbringung“) beantragt. Die Zwangseinweisung wird innerhalb von 24 Stunden richterlich legitimiert und entsprechend verlängert, ansonsten wird die Unterbringung beendet. Die betroffene Person wird daraufhin entlassen oder kann freiwillig in der Einrichtung verbleiben. Eine weitere Möglichkeit für einen Kriseneinsatz ist die Inhouse-Krise. In diesem Fall wird die betroffene Person nach der Kontaktaufnahme via Telefon am selben Tag zu einem Beratungsgespräch in die Beratungsstelle eingeladen oder die betroffene Person sucht ohne Voranmeldung die Beratungsstelle auf.

#### *Analyse des Problems und mögliche Lösungsansätze mit Hilfe von Genesungsbegleitenden*

In Bremen stieg die Zahl der Zwangseinweisungen in 15 Jahren um über 60 % (2009: 878; 2024: 1.413; Ordnungsamt Bremen, unveröffentlicht). Während die Behandelnden Zwangsmaßnahmen, darunter auch Zwangseinweisungen, im Rückblick oft als unvermeidbar ansehen (Riahi et al. 2016), sehen Betroffene häufig Möglichkeiten diese zu verhindern. Eine systematische Übersichtsarbeit mit thematischer Analyse, welche die subjektiven Wahrnehmungen psychiatrischer Patientinnen und Patienten in Bezug auf Zwangssituationen untersuchte, legt nahe, dass ein stärkeres Eingehen auf individuelle Bedürfnisse aus Sicht der Betroffenen Zwangsmaßnahmen in vielen Fällen vermutlich hätte verhindern können (Tingleff et al. 2017). Diskriminierung, Stigmatisierung und fehlende persönliche Ansprache führen dazu, dass sich Betroffene in der Interaktion mit Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung nicht ernstgenommen fühlen (Wechsler et al. 2020; Thornicroft et al. 2016).

Bei dem Konzept der Genesungsbegleitung handelt es sich um ein unterstützendes Angebot im psychosozialen Versorgungssystem. Dabei begleiten Menschen mit eigenen Erfahrungen psychischer Krisen andere Betroffene auf ihrem Weg zur Stabilisierung und Gesundung (Schmidt et al. 2024). Die sogenannten Genesungsbegleitenden bringen ihr subjektives Erfahrungswissen in die Begleitung ein und nutzen es gezielt zur Unterstützung anderer. Zentrale Grundlage ist dabei das Konzept des *Peer-Supports*, das auf der Annahme beruht, dass geteilte Erfahrung Vertrauen schafft, Hoffnung vermittelt und individuelle Ressourcen stärkt (Mahlke et al. 2017; Ashcraft 2012).

Die Qualifizierung zur Genesungsbegleitung erfolgt im Rahmen spezialisierter Weiterbildungen. Ein bekanntes Modell ist das Programm *EX-IN* (Experienced Involvement), das auf einem zertifizierten, europaweit anerkannten Curriculum basiert, das von der EX-IN-Vereinigung entwickelt wurde. Die Ausbildung umfasst insgesamt 250 Unterrichtsstunden, gegliedert in zwölf thematische Module. Inhalte sind unter anderem die Konzepte Genesung, Trialog, Krisenintervention sowie der reflektierte Umgang

mit der eigenen Erfahrung (Ackers & Bojic 2017). Ergänzt wird das Curriculum durch Supervision, Selbstreflexion und zwei Praxisphasen mit jeweils 120 Stunden. Ziel ist es, die persönliche Erfahrung systematisch zu reflektieren, um sie professionell und hilfreich in der Arbeit mit anderen einzusetzen. Genesungsbegleitung hat sich als wirksam für Empowerment, Selbstbestimmung und Teilhabe der unterstützten Personen gezeigt (White et al. 2020). Studien zeigen, dass der Einbezug von Genesungsbegleitenden nicht nur zur Reduktion von Stigmatisierung und Diskriminierung beitragen kann, sondern auch das Risiko für Zwangsmaßnahmen senkt (Ash 2015; Badouin 2023; Heumann et al. 2020). Genesungsbegleitende übernehmen dabei häufig eine Brückenfunktion zwischen den Betroffenen, dem professionellen Hilfesystem und der Gesellschaft. Ihre authentische Erfahrung ermöglicht es, schnell Vertrauen aufzubauen und so eine gleichwertige, partizipative Interaktion zu fördern (Gillard et al. 2016).

### *Die Rolle der Polizei*

In vielen Kriseneinsätzen ist auch die Polizei involviert. Polizistinnen und Polizisten berichten, dass sie sich in Einsätzen mit Menschen in psychischen Krisen häufig unzureichend vorbereitet fühlen und betonen einen hohen Bedarf an spezifischer Schulung in diesem Bereich (Wittmann et al. 2020). Ohne entsprechende Kenntnisse erleben viele Polizistinnen und Polizisten diese Situationen als belastend, was sich in Gefühlen von Ohnmacht oder Frustration äußern kann (Wechsler et al. 2020). In der Praxis sehen Polizistinnen und Polizisten ihre Rolle oft vor allem darin, Ordnung wiederherzustellen, während aus Sicht von Betroffenen Deeskalationsmöglichkeiten nicht immer vollständig ausgeschöpft werden. Eine gezielte Weiterbildung könnte dazu beitragen, das Verständnis für psychische Krisen zu stärken, Handlungssicherheit zu erhöhen und Eskalationen wirksam vorzubeugen.

### **2.2 Ziele des Projekts**

Das Projekt zielte darauf ab, die Versorgung von Menschen in schweren psychischen Krisen im ÖGD durch den Einsatz von Genesungsbegleitenden zu verbessern. Die zentrale Intervention war der Einsatz von Genesungsbegleitenden in der ambulanten Krisenversorgung beim Bremer SpsD, um Zwangseinweisungen zu reduzieren und eine empathischere Versorgung zu fördern. Ergänzend wurden Schulungen für Fachkräfte entwickelt und durchgeführt, um das Verständnis für Menschen in psychischen Krisen zu verbessern. Die Intervention brachte verschiedene Akteurinnen und Akteure zusammen – Betroffene, SpsD-Mitarbeitende, Polizei, ÖGD und Wissenschaft – und setzte auf eine enge Zusammenarbeit, um nachhaltige Veränderungen zu erreichen.

Um die Zusammenarbeit systematisiert darzustellen und zu evaluieren, wurde eine gemeinsame Theory of Change (ToC) (deSilva et al. 2013) entwickelt. Diese diente als strukturierender Rahmen, um Ziele, Maßnahmen und Wirkungen der Intervention zu definieren und zu evaluieren.

Die konkreten Projektziele waren:

1. Die Reduktion der Zwangseinweisungen: Das Projekt zielte darauf ab, die Zahl der Zwangseinweisungen von Menschen in akuten psychischen Krisen zu verringern, indem Genesungsbegleitende in die Kriseninterventionen des SpsD eingebunden wurden.
2. Eine empathische Versorgung der Betroffenen in psychischen Krisen: Ziel war es, Menschen in psychischen Krisen das Gefühl zu vermitteln, mit Verständnis und Respekt versorgt zu werden. Genesungsbegleitende sollten durch eigene Erfahrung Verständnis und Hoffnung vermitteln, Betroffene emotional stützen, Orientierung geben und den Genesungsprozess durch eine vertrauensvolle Beziehung fördern.
3. Die Verbesserung des Verständnisses bei Fachkräften für Menschen in akuten psychischen Krisen: Das Projekt sollte das Verständnis für Menschen in akuten psychischen Krisen bei Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei verbessern. Dies erfolgte durch praxisnahe Schulungen von Polizei und Mitarbeitenden des SpsD und die Förderung der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden.
4. Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteure aus ÖGD, Wissenschaft und Praxis: Ziel war es, die Kooperation zwischen ÖGD, Wissenschaft, Praxis und anderen Beteiligten zu stärken. Dies wurde durch die gemeinsame Weiterentwicklung der Theory of Change (ToC) und regelmäßige Workshops zur Verbesserung der Kommunikation und des gemeinsamen Lernens angestrebt.

### **2.3 Projektstruktur**

Das ursprünglich auf 36 Monate angelegte Projekt lief vom 01.09.2021 bis zum 31.10.2024, einschließlich einer ausgabenneutralen zweimonatigen Verlängerung. Die Umsetzung gliederte sich in drei Phasen: Im ersten Projektjahr lag der Fokus auf der Vorbereitung, im zweiten Jahr folgte die Intervention, und im dritten Projektjahr standen die Auswertung und Evaluation im Mittelpunkt.

Die Gesamtkoordination des Projekts lag beim Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen. Die Schwerpunkte des IPP lagen vor allem in der Koordination des Gesamtprojekts und in der Planung, Durchführung und Auswertung der qualitativen Datenerhebung mit den Genesungsbegleitern, Betroffenen und den Mitarbeitenden des SpsD.

Die Schwerpunkte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) lagen insbesondere in der Planung, Durchführung und Auswertung von prozessbegleitenden ToC-Workshops, einer Bedarfserhebung in Bezug auf den Umgang mit Zwang in der ambulanten Versorgung in Bremen in Form von Fokusgruppen, Schulungen der Polizei Bremen, des SpsD und der Genesungsbegleitenden, der projektbasierten Supervision der Genesungsbegleitenden und der partizipativen Gestaltung der

Projektphasen. Genesungsbegleitende, Peer-Researcherinnen und Peer-Researcher (wissenschaftlich Tätige mit eigener Krisenerfahrung) und Menschen mit psychiatrischer Krisenerfahrung wurden in mehreren Phasen der Studie beteiligt: Problemerkennung, Projektumsetzung und Entwicklung von Lösungsansätzen. Sie waren auch an der Entwicklung der Theory of Change beteiligt, zudem arbeitete das Projektteam eng mit dem nutzerorientierten Wissenschaftsgremium „EmPeeRie NoW“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am UKE zusammen (Demke 2013). Dieser Beirat, der sowohl Personen mit eigenen Erfahrungen in psychischen Krisen als auch Angehörige umfasst, unterstützte die Konzeption der Studie und die Entwicklung von Materialien wie Interviewleitfäden und Einwilligungsf formularen.

Darüber hinaus waren Expertinnen und Experten mit praktischer Erfahrung in der Versorgung von Menschen in akuten psychischen Krisen über eine Koordinierungsgruppe eingebunden, die alle drei Monate tagte. Diese Gruppe bestand aus Vertreterinnen und Vertreter des SpsD, Genesungsbegleitenden, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Projektteams sowie Vertreterinnen und Vertreter aus dem Gesundheitswesen, sozialen Behörden und der Polizei. Sie thematisierte und diskutierte Herausforderungen bei der Implementierung der Intervention sowie die Erwartungen verschiedener Stakeholderinnen und Stakeholder.

Die Aufgaben des Bremer Klinikverbunds Gesundheit Nord gGmbH (GeNo) lagen vor allem in der Planung, Vorbereitung und Durchführung des Einsatzes von Genesungsbegleitenden im SpsD und in der Bereitstellung der Daten, die bei Kriseneinsätzen dokumentiert wurden. Darüber hinaus wurde die Rekrutierung von Betroffenen und Mitarbeitenden für die qualitative Datenerhebung unterstützt.

In allen Phasen des Projekts fand ein intensiver Austausch und eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Projektbeteiligten im Rahmen von regelmäßigen Treffen statt.

Das Forschungsvorhaben wurde am 20. Juni 2022 von der Ethikkommission der Universität Bremen (Aktenzeichen 2022-09) genehmigt und am 4. Juli 2022 im Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) registriert (Registrierungsnummer DRKS00029377). Die Datenerhebung und -verarbeitung orientierte sich an den Prinzipien der Deklaration von Helsinki, insbesondere dem Schutz der Persönlichkeit und der informationellen Selbstbestimmung der Teilnehmenden.

Zur Überwachung und Einschätzung etwaiger unerwünschter Ereignisse während der Intervention wurde ein Datenüberwachungskomitee, bestehend aus einem unabhängigen Psychiater und einem unabhängigen Statistiker, einberufen. Grundlage der Sitzungen waren unerwünschte Ereignisse, die die Mitarbeitenden des SpsD an das Projektteam übermittelt hatten, sowie der Anteil an Zwangseinsweisungen im Vergleich zum Basiszeitraum und zu den Kontrollregionen. Dieses Komitee tagte zweimal in 2023 und einmal in 2024. In allen Sitzungen wurde empfohlen, dass die Studie ohne Auflagen weitergeführt werden konnte.

### **3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik**

Die Studie „PeerIntervent“ verwendete einen Mixed-Methods-Ansatz: Qualitative Interviews und Fokusgruppendifkussionen, sowie eine Fragebogenerhebung ergänzten eine explorative, cluster-randomisierte Studie (cluster-RCT). Um die in Kapitel 2.2 beschriebenen angestrebten Projektziele zu erreichen wurden mehrere Fragestellungen entwickelt:

- (1) Reduziert der Einsatz von Genesungsbegleitenden in Akutsituationen im Rahmen des Bremer SpsD Zwangseinweisungen?
- (2) Wie nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen die Arbeit des SpsD wahr?
- (3) Wie nehmen Genesungsbegleitende ihre eigene Rolle in Kriseninterventionen wahr?
- (4) Wie wird der Einsatz von Genesungsbegleitenden im Rahmen akuter Kriseneinsätze des SpsD für Menschen mit psychischen Erkrankungen von Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei wahrgenommen?
- (5) Wie wird die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Wissenschaft, Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe und weiteren Akteurinnen und Akteure auf der Basis einer Theory of Change und der Etablierung einer gemeinsamen Koordinierungsgruppe unter den Aspekten Kommunikation / Verständigung und gemeinsames Lernen erlebt?

#### **3.1 Theoretischer Bezugsrahmen**

Zur Entwicklung tragfähiger Implementierungsstrategien wurde eine Theory of Change (ToC) eingesetzt (de Silva 2013). Ziel der ToC-Workshops war es, gemeinsam mit zentralen Stakeholderinnen und Stakeholdern einen Wirkpfad zu entwickeln, der zentrale Bedingungen, Maßnahmen, Annahmen und Zwischenziele auf dem Weg zum definierten Abschlussziel – „Reduktion der Anzahl und Schwere von psychiatrischen Zwangseinweisungen“ – abbildet. Die Workshops ermöglichten nicht nur die Erarbeitung und Visualisierung des Wirkmodells, sondern lieferten auch wichtige Impulse für den theoretischen Bezugsrahmen sowie Empfehlungen für die Zusammenarbeit der beteiligten Projektpartnerinnen und Projektpartner.

Die Workshops folgten einer rückwärtsgerichteten Logik: Ausgehend vom formulierten Abschlussziel wurden die nötigen Voraussetzungen und Schritte identifiziert. Dabei kamen strukturierte, visuelle und dialogische Methoden zum Einsatz, die es erlaubten, bestehende Annahmen offenzulegen und neue, kontextspezifische Erkenntnisse zu gewinnen. Die Teilnehmenden wurden per Mail zu den Workshops eingeladen. Von allen Teilnehmenden wurde eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Workshops und der Studie sowie eine Datenschutzerklärung eingeholt.

Die Vorbereitung der ersten beiden Workshops fand von September bis Oktober 2021 in Zusammenarbeit mit „EmPeeRie NoW“ statt. Diese Workshops fanden im Zeitraum von Juni bis Juli 2022 statt und wurden digital durchgeführt. Moderiert wurden sie von zwei Mitarbeitenden des UKE. Die

Workshops wurden mit der Software Zoom aufgezeichnet. Zur Visualisierung vor, während und nach den Workshops wurde die Software MIRO verwendet und zur weiteren iterativen Prozessbegleitung unterstützend eingesetzt. Der dritte Workshop fand nach dem gleichen standardisierten Vorgehen nach Abschluss der Interventionsphase im September 2024 statt. Jeder Workshop basierte auf einem iterativen Vorgehen. Die Ergebnisse des jeweils vorherigen Workshops wurden dokumentiert, durch Projektbeteiligte des UKE weiterverarbeitet und den Teilnehmenden für einen weiteren Feedbackprozess per Mail zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse wurden in Form einer ToC-Map festgehalten und in den folgenden Workshop eingespeist. So entstand ein kumulativer Prozess, der die Perspektiven der beteiligten Stakeholderinnen und Stakeholder sichtbar machte.

Insgesamt wurden drei ToC-Workshops mit 37 Teilnehmenden durchgeführt. Die Teilnehmenden setzen sich aus zwei Genesungsbegleitenden, zwei Menschen die eine psychische Krise mit einem aufsuchenden Kriseneinsatzteam oder der Polizei erlebt haben, einem Angehörigen, neun Mitarbeitenden des SpsD einer (politische) Akteursperson im Gesundheitswesen, 19 wissenschaftlichen Akteurinnen und Akteuren (davon 18 projektbeteiligt und eine Peer-Researcherin) und zwei Polizistinnen und Polizisten zusammen.

Im Verlauf der Workshops kristallisierten sich folgende zentrale Themenbereiche heraus:

- Notwendigkeit von Schulungen der am Kriseneinsatz beteiligten Stakeholder- und Stakeholderinnen Gruppen (Genesungsbegleitende, Polizei, SpsD)
- Notwendigkeit von Akzeptanz und Anerkennung der Sinnhaftigkeit von Genesungsbegleitung als Berufsgruppe
- Notwendigkeit einer Rollen- und Aufgabendefinition der Genesungsbegleitenden in Kriseneinsätzen
- Notwendigkeit einer juristischen Klärung der möglichen Handlungsfelder für Genesungsbegleitende im Kriseneinsatz
- Notwendigkeit eines Angebots zur projektinternen Supervision für die angestellten Genesungsbegleitenden neben Angeboten zur Super- und Intervision in der klinischen Arbeit.

Um diesen genannten Bedingungen für die Implementierung von Genesungsbegleitung im Kriseneinsatz Sorge zu tragen wurden weitere Arbeitspakete im Projekt wie die Supervision der Genesungsbegleitenden, Schulungen der Polizei, Mitarbeitenden des SpsD und der Genesungsbegleitenden und Zwischengespräche mit den Genesungsbegleitenden über ihre Arbeitssituation im Projekt implementiert.

### **3.2 Beschreibung der Intervention**

Die Intervention beinhaltete 1) den Einsatz von Genesungsbegleitenden im SpsD-Team inklusive der Schulung/Vorbereitung der Mitarbeitenden des SpsD hinsichtlich der Rolle der Genesungsbegleitenden in Kriseneinsätzen sowie 2) die Schulung der Polizei zum Umgang mit Menschen in psychiatrischen Krisen.

### *Interventionselement 1: Einsatz von Genesungsbegleitenden*

Das zentrale Element der Intervention stellte die partizipative Einbindung von Genesungsbegleitenden in die Teams des SpsD dar. Aus den fünf Versorgungsregionen des SpsD wurden zwei Regionen als Interventionsregionen randomisiert. Die anderen drei Regionen dienten als Kontrollregionen. In jeder Interventionsregion sollten zwei Genesungsbegleitende eingestellt werden. Einstellungsvoraussetzung war die Teilnahme am Experienced Involvement (EX-IN)-Curriculum (vgl. Kapitel 2) sowie die entsprechende Zertifizierung durch den EX-IN-Verband und die eigene Erfahrung mit psychischen Krisen. Idealerweise sollten die eingesetzten Genesungsbegleitenden bereits über praktische Erfahrungen in der akutpsychiatrischen Versorgung verfügen.

Zur Vorbereitung auf die Interventionsphase wurde eine Pilotphase durchgeführt, in der die Genesungsbegleitenden die Arbeitsweise des SpsD kennenlernen, erste praktische Erfahrungen sammeln und ihre Rolle innerhalb des Teams entwickeln konnten. Ziel dieser Phase war es, die Aufgabenbereiche der Genesungsbegleitenden zu konkretisieren, potenzielle Herausforderungen zu identifizieren und bestehende Abläufe bedarfsgerecht anzupassen. In der Pilotphase erfolgten zwei projektinterne Schulungen für die Teams des SpsD und die Genesungsbegleitenden in den Interventionsregionen. Die Schulungen fanden im September 2022 (Interventionsregion 1) und März 2023 (Interventionsregion 2) statt und dauerten jeweils zwei Stunden. Aus allen Berufsgruppen waren Vertreterinnen und Vertreter der Einsatzteams anwesend. Inhaltlich wurde(n)

- den Anwesenden das Konzept von Genesungsbegleitung mithilfe von Studien und Implementierungsempfehlungen (Ibrahim et al. 2020) näher gebracht;
- Bedenken der Mitarbeitenden des SpsD adressiert, wie beispielsweise eine scheinbar nicht ausreichende juristische Absicherung der Genesungsbegleitenden im Kriseneinsatz (diese wurden abgeleitet aus den Empfehlungen der Bedarfserhebung und der ToC);
- Einsatzmöglichkeiten und die Rolle der Genesungsbegleitenden im Kriseneinsatz diskutiert;
- die Einführung der Genesungsbegleitenden in den Einsatzkontext, die Vorbereitung auf herausfordernde Situationen, Training zur Selbstfürsorge sowie Unterstützung bei der Identifikation individueller Belastungsfaktoren besprochen und empfohlen.

Während der Pilot- und Interventionsphase erhielten die Genesungsbegleitenden kontinuierliche Einzel- und Teamsupervision durch psychologisch geschulte Fachpersonen aus dem Projektteam. Neben der Mitwirkung an Kriseneinsätzen sollten die Genesungsbegleitenden ergänzend unterstützende Aufgaben im Rahmen der Stabilisierung und Übergangsbegleitung der Patientinnen und Patienten nach der Krise übernehmen.

### *Interventionselement 2: Polizeischulungen*

Es wurden insgesamt drei Schulungen der Polizei Bremen in den Interventionsregionen vor dem Beginn der Interventionsphase von Oktober 2022 bis Februar 2023 durchgeführt. Die Workshops fanden nach einem standardisierten Vorgehen in Kooperation mit dem Verein „Irre menschlich Hamburg e.V.“ trialogisch statt. Der Verein führt seit 2010 erfolgreich Polizeischulungen in Hamburg durch (Wittmann et al. 2021). Die Schulungen wurden jeweils nach identischer Struktur und mit gleichem Ablaufkonzept

durchgeführt. Die Veranstaltungen fanden ganztägig zwischen 10:00 und 16:00 Uhr auf dem Ausbildungsgelände der Polizei Bremen statt. Jeder Workshop wurde durch mindestens zwei Psychiatrieerfahrene mit laufender oder bereits abgeschlossener EX-IN-Ausbildung sowie mindestens einer Angehörigen Person von Menschen in psychischen Krisen und einer Fachkraft des UKE geleitet. Der erste Block der Veranstaltung widmete sich dem Problem der Stigmatisierung und einer historischen Einordnung. Darauf aufbauend wurden psychoedukative Inhalte zu den Störungsbildern Schizophrenie, Borderline-Syndrom, Manie, Depression, Sucht sowie zu Suizidalität vermittelt. Im zweiten Themenblock wurde den Polizistinnen und Polizisten durch Selbsterfahrungsübungen das Erleben von psychischen Störungen nähergebracht (bspw. Stimmenhören) und anschließend im Plenum diskutiert. Im Mittelpunkt des letzten Programnteils standen persönliche Erfahrungsberichte der Krisenerfahrenen und Angehörigen. Diese schilderten Erlebnisse im Kontakt mit der Polizei während psychischer Krisensituationen. Diese Berichte wurden in einer Plenumsdiskussion gemeinsam mit den Teilnehmenden aufgegriffen und vertieft. Abschließend fand eine gemeinsame Reflexion im Plenum statt. Ziel war es die Polizei als wichtigen Stakeholderin in Kriseneinsätzen auf den Einsatz von Genesungsbegleitenden beim SpsD vorzubereiten und Vorurteile und Stigmatisierung gegenüber Genesungsbegleitenden und Menschen in psychischen Krisen abzubauen.

Nach Ablauf der Interventionsphase wurden die Fortbildungen im Rahmen von drei Fortbildungsdurchgängen mit Polizistinnen und Polizisten aus den Kontrollregionen durchgeführt. Um eine Verstetigung der Schulungsformate zu ermöglichen wurden die Schulungsinhalte in Zusammenarbeit mit der Polizei Bremen und dem Verein „Irre Menschlich e.V.“ an die Bedürfnisse der Polizei Bremen angepasst. Der (praktische) Begegnungsteil mit den Krisenerfahrenen und Angehörigen wurde ausgeweitet, dafür wurde im Informationsteil die historische Kontextualisierung von Stigmatisierung gekürzt.

### **3.3 Datenerhebung**

#### *Fokusgruppen zur Bedarfsanalyse mit Polizei, Krisenerfahrenen, Angehörigen, Mitarbeitenden des SpsD*

Zur Vorbereitung der Intervention wurde eine Bedarfsanalyse mit allen in Kriseneinsätzen eingebundene Stakeholderinnen und Stakeholder (Personen mit Krisenerfahrung, Angehörige, Genesungsbegleitenden, Mitarbeitende des SpsD und Polizei) in Form von Fokusgruppen durchgeführt. Ziel war es, Bedarfe der einzelnen Gruppen zu identifizieren und diese in Vorbereitung auf die Intervention und im weiteren Projektverlauf zu adressieren. Die Entwicklung der Fokusgruppenleitfäden erfolgte partizipativ mit „EmPeeRie NoW“. Die Leitfäden enthielten folgende Themenblöcke: Haltung gegenüber dem Konzept der Genesungsbegleitung, Umgang mit Zwangseinweisungen in Kriseneinsätzen sowie Schulungsbedarf. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte telefonisch durch Kontaktpersonen der jeweiligen Stakeholdergruppe. Geplant waren insgesamt vier Fokusgruppen (Polizei, SpsD-Mitarbeitende, Genesungsbegleitende und Menschen mit eigener Krisenerfahrung) mit jeweils sechs bis acht Teilnehmenden. Die Moderation der Fokusgruppen übernahmen zwei Mitarbeitende des UKE und eine Mitarbeitende der GeNo. Die Fokusgruppen wurden sowohl via Zoom als auch vor Ort durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

### *Exploratives, cluster-RCT*

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage, ob der Einsatz von Genesungsbegleitenden in Akutsituationen im Rahmen des Bremer SpsD Zwangseinweisungen reduzieren kann, wurde ein exploratives, cluster-RCT durchgeführt. Aus den fünf Versorgungsregionen des SpsD wurden zwei Regionen als Interventionsregionen randomisiert. Die anderen drei Regionen dienten als Kontrollregionen.

Die Intervention beinhaltete 1) den Einsatz von Genesungsbegleitenden im SpsD-Team inklusive der Schulung/Vorbereitung der Mitarbeitenden des SpsD hinsichtlich der Rolle der Genesungsbegleitenden in Kriseneinsätzen sowie 2) die Schulung der Polizei.

Das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) hat in enger Kooperation mit der GeNo die statistische Auswertung der Daten des explorativen, cluster-RCT durchgeführt.

Für die Evaluation der Intervention wurden Routinedaten verwendet, die im Rahmen der Abrechnungsdokumentation entstehen. Kriseneinsätze werden von den Mitarbeitenden des SpsD mit Datum und kurzem Freitext dokumentiert und im System als „Krisenintervention (und Notfallhilfe)“ und/oder ggf. als „Mitwirkung an Unterbringung“ kategorisiert. Wenn Betroffene zwangseingewiesen werden, erfolgt die Dokumentation der Laufzeit des Beschlusses zur Zwangseinweisung im Rahmen der vollstationären Versorgung, also nicht durch den SpsD.

Um zu prüfen, ob ein Kriseneinsatz in einer Zwangseinweisung resultiert, werden die Daten in anonymisierter Form über eine dedizierte Schlüsselvariable verknüpft. Auf diesem Weg lassen sich Zwangseinweisungen von der Analyse ausschließen, die nicht für die Auswertung relevant sind (z. B. Unterbringungen von Patientinnen und Patienten, die bereits freiwillig in vollstationärer Behandlung sind und Zwangseinweisungen, die im Rahmen der vollstationären Behandlung formal verlängert werden; Zwangseinweisungen, die nachts nur durch die Polizei begleitet werden). Sog. „freiwillige Unterbringungen“ (betroffene Person erklärt sich bereit, freiwillig in die Klinik zu gehen) wurden also nicht als Zwangseinweisungen gezählt.

### *Interviews mit Betroffenen/Patientinnen und Patienten*

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen die Arbeit des SpsD wahr nehmen, wurden qualitative Einzelinterviews mit Betroffenen aus den Interventions- und den Kontrollregionen geführt. Inhalt der Interviews war die Perspektive der Betroffenen auf die Situation rund um die Krise und die anschließende Phase mit bzw. ohne Genesungsbegleitung. Zusätzlich wurden in einem Kurzfragebogen soziodemografische Daten erhoben, um die Stichprobe beschreiben zu können.

Die Interviewleitfäden zielten auf die folgenden Aspekte ab: Erfahrungen mit Krisen, Art der Interaktion, die Bedeutung von Genesungsbegleitung und das Selbstbild. Die Interviewleitfäden wurden nach vorheriger Beratung durch „EmPeeRie NoW“ und auf Grundlage der resultierenden Empfehlungen überarbeitet. Es folgte ein Prätest mit Personen, die bereits Erfahrung als Betroffene oder Betroffener in psychiatrischen Kriseneinsätzen hatten. In Folge dessen wurden die Leitfäden erneut minimal

angepasst. Um auch Interviews auf Englisch führen zu können wurde der Leitfaden auch in die englische Sprache übersetzt und projektintern auf seine Verständlichkeit überprüft.

Aus den Interventions- und Kontrollregionen wurden jeweils 15 Patientinnen und Patienten rekrutiert, indem alle Personen, die im Interventionszeitraum ein dokumentiertes Krisenereignis hatten, direkt angeschrieben wurden. Etwa drei Monate nach dem Krisenereignis erhielten sie von der GeNo ein Einladungsschreiben per Post. Wer teilnehmen wollte, konnte ein vorbereitetes und frankiertes Einwilligungsfeld mit den eigenen Kontaktdaten an das Forschungsteam zurücksenden.

Die Interviews fanden ausschließlich in Präsenz in den Räumen der Beratungsstelle/ Klinik statt, in denen die Teilnehmende angebunden waren, um eine eventuell notwendige psychotherapeutische Nachversorgung nach den Interviews sicherzustellen. Die Durchführung der Interviews erfolgte durch eine Mitarbeiterin des IPP.

### *Interviews mit Genesungsbegleitern*

Zur Beantwortung der dritten Fragestellung, wie Genesungsbegleitende ihre eigene Rolle in Kriseninterventionen wahr nehmen, wurden qualitative Einzelinterviews mit den im Projekt angestellten Genesungsbegleitenden geführt. Die Interviews wurden jeweils am Ende der Pilotphase und der Interventionsphase durchgeführt. Die Interviewleitfäden wurden auf Grundlage der zuvor festgelegten Schwerpunkte: Teamzugehörigkeit und Rolle, Erfahrungen in Kriseneinsätzen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge. Anschließend wurden die Leitfäden im Rahmen der qualitativen Forschungswerkstatt des IPP besprochen und pilotiert. Aus den Pilotinterviews ergaben sich keine Änderungen. Die Interviews fanden zum Teil in Präsenz, zum Teil online via Zoom statt. Die Durchführung der Interviews erfolgte durch eine Mitarbeiterin des IPP.

Da die Genesungsbegleitenden zu unterschiedlichen Zeiten starteten und verschiedene Vorerfahrungen mitbrachten, wurden ergänzend zu den Interviews drei strukturierte Zwischengespräche im Abstand von drei Monaten durchgeführt. Diese dienten der Erfassung des Implementierungsfortschritts, dem Vergleich ihrer Entwicklung und der Reflexion ihrer Rolle in Kriseninterventionen. Jedes Gespräch hatte ein Hauptthema und ein vordefiniertes Ziel: die Reflexion der Rollenwahrnehmung, die Analyse der Zusammenarbeit in Kriseninterventionen und die Diskussion einer spezifischen Rollenbeschreibung für akute Krisen. Die Gespräche wurden von einer Mitarbeiterin des IPP und einer Mitarbeiterin des UKE moderiert, fanden in Präsenz statt, wurden auf Flipcharts dokumentiert, ausformuliert und anschließend durch die Genesungsbegleitenden validiert.

### *Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des SpsD*

Zur Beantwortung der vierten Fragestellung, wie der Einsatz von Genesungsbegleitenden im Rahmen akuter Kriseneinsätze des SpsD von Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei wahrgenommen wird, wurde jeweils eine leitfadengestützte Fokusgruppendifkussion mit Mitarbeitenden des SpsD in den beiden Interventionsregionen durchgeführt. Die Fokusgruppen fanden am Ende der Interventionsphase statt und dienten dazu, ein vertieftes Verständnis darüber zu erlangen, wie die Mitarbeitenden des SpsD die Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitern und der Polizei wahrgenommen haben.

Die inhaltlichen Schwerpunkte des Leitfadens lagen auf: Arbeitsalltag, Zusammenarbeit mit der Polizei, Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitern, Erfahrungen mit Kriseneinsätzen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge. Die Leitfäden wurden mit „EmPeeRie NoW“ diskutiert und finalisiert. Die Fokusgruppen fanden in Präsenz in den jeweiligen Beratungsstellen des SpsD statt. Durchgeführt wurden die Fokusgruppen von einer Mitarbeiterin des IPP, einer Mitarbeiterin der GeNo und einem Mitarbeiter des UKE.

#### *Interviews mit Polizistinnen und Polizisten*

Ebenfalls zur Beantwortung der vierten Fragestellung wurden qualitative Interviews mit Polizistinnen und Polizisten der Polizei Bremen nach Ablauf der Interventionsphase im Zeitraum von August bis September 2024 geführt. Der dazugehörige Interviewleitfaden wurde partizipativ in Zusammenarbeit mit „EmPeeRie NoW“ entwickelt. Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens waren zuvor definierte inhaltliche Schwerpunkte: der polizeiliche Umgang mit Einsätzen, in denen Menschen in psychischen Krisen involviert sind, die Bewertung des Einsatzes von Genesungsbegleitenden in den Interventionsregionen sowie die Einschätzung der durchgeführten Antistigma-Fortbildungen. Die Interviews fanden online via Zoom statt und wurden von einem Mitarbeiter des UKE durchgeführt.

#### *Fragebogenerhebung mit Polizistinnen und Polizisten*

Zur Vorbereitung von Polizistinnen und Polizisten auf den anstehenden Einsatz von Genesungsbegleitenden während der Interventionsphase und der Beantwortung der vierten Fragestellung bezüglich der wahrgenommenen Zusammenarbeit der Polizei mit dem SpsD, sowie der Evaluation der Polizeischulungen wurde ein eigens entwickelter Fragebogen im Rahmen einer Eingruppen-Prä-Post-Erhebung eingesetzt. Die Fragebögen wurden unmittelbar vor (prä-Messung) und unmittelbar nach (post-Messung) der Schulung ausgeteilt. Der Fragebogen erfasste zentrale Dimensionen der Stigmatisierung gegenüber Menschen mit schweren psychischen Störungen – stellvertretend operationalisiert über das Störungsbild der Schizophrenie. Die Erhebung schloss dabei die Dimensionen soziale Distanz, emotionale Reaktionen, Vorurteile, generalisiertes Vertrauen sowie psychoedukatives Wissen ein. Die Konzeption des Erhebungsinstruments orientierte sich an der Arbeit von Wittmann et al. (2021), welche die dialogisch aufgebaute Antistigma-Fortbildung der Polizei Hamburg untersucht haben. Die Skala zur Erfassung der sozialen Distanz basiert auf einer modifizierten Version der ursprünglich von Bogardus (1925) entwickelten Social Distance Scale (zitiert nach Firat & Koyuncu, 2022), wie sie von Link et al. (1987) für den Kontext psychischer Erkrankungen angepasst wurde. Die Skalen zur Erfassung emotionaler Reaktionen gegenüber Menschen mit Schizophrenie – differenziert nach ängstlich, verärgert und mitfühlend – wurden nach dem Modell von Angermeyer und Matschinger (2003) übernommen. Die Messung negativer und bedrohlicher Vorurteile orientiert sich an einer Skalenentwicklung von Angermeyer und Matschinger (2005), die bereits in modifizierter Form durch Wittmann et al. (2021) verwendet wurde. Die Skalen zum psychoedukativen Wissen – bestehend aus Einschätzungen zu Ursachen, Behandlung und Therapieformen der Schizophrenie – wurden von der Forschungsgruppe des

UKE entwickelt und in früheren Studien im Kontext von Antistigma-Workshops eingesetzt (vgl. Gaebel et al. 2019; Meise et al. 2001).

### *Fokusgruppe der Koordinierungsgruppe*

Zur Beantwortung der fünften Fragestellung, wie die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Wissenschaft, Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe und weiteren Akteurinnen und Akteuren auf der Basis einer Theory of Change und der Etablierung einer gemeinsamen Koordinierungsgruppe unter den Aspekten Kommunikation/ Verständigung und gemeinsames Lernen erlebt wird, wurde eine gemeinsame, leitfadengestützte Fokusgruppe zu Projektende durchgeführt, um die Zusammenarbeit der Koordinierungsgruppe im Projekt zu evaluieren. Ziel war es, förderliche und hinderliche Faktoren in den strukturellen Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen ÖGD, Praxis und Wissenschaft herauszuarbeiten und für kommende Projekte aufzuarbeiten. Der Leitfaden der Fokusgruppe enthielt die Themenbereiche: Einschätzungen der Zusammenarbeit im Projektverlauf in den Bereichen Organisation oder Kommunikation und daraus ableitende gemeinsame Überlegung zu den strukturellen Bedingungen für zukünftige Projekte. Die Fokusgruppe wurde im August 2024 durchgeführt. Die Durchführung und Auswertung der Fokusgruppe übernahm eine an dem Projekt nicht beteiligte Wissenschaftlerin aus dem Forschungscluster „Gesunde Stadt Bremen“ der Universität Bremen. Um möglichst viele Perspektiven einzubeziehen und die Teilnahme niedrigschwellig zu gestalten, wurde eine hybride Teilnahme angeboten.

Jede Fokusgruppe und jedes Interview begann mit der Ausgabe eines Dokuments, das Informationen zur Studie, zum Datenschutz und eine Einwilligungserklärung enthielt, die von den Teilnehmenden unterschrieben wurde. Zudem füllten die Teilnehmenden einen Bogen mit soziodemografischen Daten aus. Die Erhebung der Daten erfolgte nach umfassender Information und unter der Möglichkeit, vor Beginn der Aufzeichnung Fragen zu stellen.

### **3.4 Datenauswertung**

#### *Exploratives, cluster-RTC*

Der primäre Ergebnisparameter war der Anteil aller Krisen, zu denen taggleich eine Zwangseinweisung dokumentiert wurde. Dieser Parameter wurde verglichen zwischen den Interventionsregionen und den Kontrollregionen sowohl während des Interventionszeitraums (01.04.2023-31.03.2024) wie auch im Vergleich zum Kontrollzeitraum 01.04.2021-31.3.2022 (sog. Baseline-Erhebung). Zusätzliche Daten, die an die Studiengruppe übermittelt und ausgewertet wurden, umfassten Altersgruppen (in Zehn-Jahres-Intervallen), Geschlecht und Region.

Der Anteil der Krisen mit Zwangseinweisung wurde zunächst deskriptiv zwischen den Regionen und Zeiträumen verglichen. Ebenso wurde die Auswertung nach Altersgruppe und Geschlecht stratifiziert durchgeführt.

Die Routinedaten der GeNo wurden wie folgt aufbereitet: Es wurden im Interventionszeitraum und im Kontrollzeitraum nur Kriseneinsätze eingeschlossen, die von den regionalen SpsD-Teams begleitet wurden (damit wurden beispielsweise Krisen des überregionalen Krisendienstes ausgeschlossen, die keine Unterscheidung in Intervention und Kontrolle erlaubt hätten). Einzelne Unstimmigkeiten durch beispielweise Fehleingaben oder fehlende Angaben in den Routinedaten wurden durch händisches Nachprüfen des Falls aufgelöst.

Darüber hinaus wurde zur statistischen Inferenz ein GEE-Modell angepasst.

*Fokusgruppen zur Bedarfsanalyse mit Polizei, Krisenerfahrenen, Angehörigen, Mitarbeitenden des SpsD; Interviews mit Betroffenen/Patientinnen und Patienten; Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des SpsD; Interviews mit Genesungsbegleitern und Fokusgruppe mit Koordinierungsgruppe*

Die qualitativen Interviews und Fokusgruppen wurden aufgenommen und transkribiert. Die Auswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz unter Verwendung der Software MAXQDA. Die Kodierung des Materials erfolgte durch zwei Projektmitarbeitende (UKE, IPP). Zunächst hat jeder unabhängig deduktiv Oberkategorien auf Basis der Interviewleitfäden erstellt. Dann hat jeder für sich die ersten Interviews kodiert und induktiv Unterkategorien und teilweise ergänzende Oberkategorien entwickelt. Danach fand ein Abgleich zwischen den beiden Forschenden statt. Anschließend hat jeder unabhängig Kategoriendefinitionen erstellt, die dann wieder verglichen und gemeinsam konsentiert wurden. Danach wurde das verbleibende Material kodiert und wieder gemeinsam abgeglichen. Für einen Teil des Materials wurde eine Peer-Researcherin (eine wissenschaftliche Fachkraft des UKE mit eigener psychischer Krisenerfahrung) hinzugezogen, um das Kategorien-System partizipativ zu validieren.

*Fragebogenerhebung mit Polizistinnen und Polizisten*

Zur statistischen Auswertung der erhobenen Fragebogen-Daten der Schulungsevaluation für die Polizei Bremen in den Interventionsregionen sowie den Kontrollregionen wurden Prä- und Postwerte zunächst deskriptiv betrachtet und anschließend inferenzstatistisch analysiert. Die Daten wurden mit der Software SPSS ausgewertet. Fehlende Daten wurden markiert bzw. entsprechende Fälle ausgeschlossen. Die Skala „Emotionale Reaktion Ärger“ zeigte eine unzureichende Reliabilität (Cronbach's Alpha < .5) und wurde daher – wie auch in früheren Studien (Wittmann et al. 2021) – von weiteren Analysen ausgeschlossen. Voraussetzungen für die jeweiligen Testverfahren wurden geprüft. Eingesetzt wurden unter anderem einfaktorielle ANOVAs mit Messwiederholung, multiple Regressionsanalysen sowie t-Tests.

#### **4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

Alle geplanten Arbeiten konnten erfolgreich durchgeführt werden. Die praktische Zusammenarbeit der Projektmitglieder im Hinblick auf die übergreifenden Aufgaben (M 1) verlief problemlos. Es gab regelmäßige monatliche Treffen der Projektmitglieder und alle drei Monate erfolgte ein Treffen der

Koordinierungsgruppe, an der auch Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Institutionen teilnahmen. So konnten Unklarheiten, ungeplante Veränderungen und Probleme schnell kommuniziert und lösungsorientiert diskutiert werden.

Auch die Umsetzung der Theory of Change (ToC) (M 2) erfolgte plangemäß. Durch die ToC konnten das Vorwissen und die Erwartungen aller Beteiligten erfasst werden, um eine Theorie über die mögliche Wirkung der Intervention zu entwickeln und im Laufe des Projekts weiterzuentwickeln.

Die Schulungen der beteiligten Institutionen (Polizei, SpsD, Genesungsbegleitende) (M 3) lief planmäßig ab. Das Ziel, die Gruppen, die hauptsächlich an der Intervention beteiligt sind, für die Rolle der Genesungsbegleitenden zu schulen, wurde erreicht.

Verzögerungen gab es im Projekt bei den folgenden Meilensteinen:

Kooperationsvereinbarung (M 1.2): Der Abschluss der rein formalen, schriftlichen Kooperationsvereinbarung verzögerte sich aufgrund bürokratischer Abstimmungshürden zwischen den verschiedenen Rechtsstellen der Forschungseinrichtungen.

Zur Verbreitung der Ergebnisse wurde eine Abschlusskonferenz (M 1.6) geplant. Diese sollte nach Abschluss aller Auswertungen im Zeitraum September/Oktober 2024 stattfinden. Daher wurde ein Antrag auf eine zweimonatige, kostenneutrale Verlängerung beantragt und vom Geldgeber bewilligt. Einsatz Genesungsbegleitende (M 4) und Intervention/Vergleichserhebung (M 5.2): Als die Stellen der Genesungsbegleitenden planmäßig ab Juli 2022 ausgeschrieben wurden, zeigte sich, dass es nur wenige Bewerberinnen und Bewerber gab und diese nur teilweise die erforderliche Qualifikation aufwiesen. Auch passten die Bewerberinnen und Bewerber nicht immer in die bestehenden Teams. Es wurde daher im Herbst 2022 entschieden, dass der Interventionsbeginn so weit verschoben wird, bis in jeder Interventionsregion mindestens ein Genesungsbegleitender eingestellt und hinreichend eingearbeitet ist. Mehrere Ausschreibungsrunden wurden durchgeführt, es konnten allerdings erst im Februar 2023 die Stellen in beiden Interventionsregionen besetzt werden. Der Interventionsbeginn wurde daher auf den 01.04.2023 gelegt, die geplante Laufzeit von zwölf Monaten wurde beibehalten. Somit verschob sich die Intervention um sieben Monate nach hinten.

Der Zeitraum der Basiserhebung (M 5.1) wurde verändert: Beim Prüfen der Routinedaten wurde festgestellt, dass die Zwangseinweisungen in den Sommermonaten des Jahres 2022 aufgrund von Personalausfällen unvollständig dokumentiert wurden. Es wurde daher entschieden, dass für die Basiserhebung nicht der Zeitraum 01.10.2021-30.09.2022 gewählt wird, sondern der Zeitraum 01.04.2021-31.03.2022.

Die Aufbereitung und Auswertung der Routinedaten (M 5.6) stellte sich bereits vor der Intervention als Herausforderung dar. Um alle relevanten Daten in einem Datensatz zu erhalten, erfolgte durch die GeNo-interne IT eine Programmierung, die vom Frühjahr 2022 an mehr als ein Jahr andauerte und sich teilweise als unvollständig erwies. Dadurch hat sich der Prozess der Auswertung deutlich in die Länge gezogen.



## 5 Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt zunächst die Darstellung der gesammelten Datenbasis, bevor die zentralen Ergebnisse, die zur Beantwortung der Fragestellungen relevant sind, dargestellt werden. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert und bewertet.

### 5.1 Datenbasis

#### *Fokusgruppen zur Bedarfsanalyse mit Polizei, Krisenerfahrenen, Angehörigen, Mitarbeitenden des SpsD*

Insgesamt wurden fünf Fokusgruppen mit insgesamt 23 Teilnehmenden durchgeführt: Zwei mit acht Mitarbeitende des SpsD eine mit fünf Polizeibeamtinnen und -beamte, eine mit sechs Genesungsbegleitenden, und eine mit vier Menschen mit eigener Krisenerfahrung. Von den 23 Teilnehmenden ordneten sich 56,5 % dem weiblichen Geschlecht und 43,5 % dem männlichen Geschlecht zu. Die Angaben zur abgeschlossenen Berufsausbildung waren vielfältig und wurden daher wie folgt kategorisiert: 4,2 % hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung, 37,5 % eine abgeschlossene Berufsausbildung, 50 % besaßen mehr als eine abgeschlossene Berufsausbildung, 25 % hatten eine EX-IN-Ausbildung absolviert, und 4,2 % machten keine Angaben zur Ausbildung. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurden fünf Oberkategorien und 23 Unterkategorien gebildet.

#### *Exploratives, cluster-RCT*

Im Baseline-Zeitraum (01.04.2021-31.03.2022) wurden insgesamt 2249 Krisen dokumentiert. Im Interventions-Zeitraum (01.04.2023-31.03.2024) waren es 2657 Krisen.

Von diesen 2249 Krisen im Baselinezeitraum fanden 978 Krisen in den beiden Interventionsregionen und 1271 Krisen in den drei Kontrollregionen statt. Im Interventionszeitraum waren es in den Interventionsregionen 816 Krisen und in den drei Kontrollregionen 1841 Krisen. Während dieser Krisen kam es im Baselinezeitraum zu 231 Zwangseinweisungen und im Interventionszeitraum zu 199 Zwangseinweisungen (Tabelle 1).

*Tabelle 1: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen nach Region und Zeitraum*

| Region                       | Baselinezeitraum      |                            | Interventionszeitraum |                            |
|------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|
|                              | Anzahl Kriseneinsätze | Davon mit Zwangseinweisung | Anzahl Kriseneinsätze | Davon mit Zwangseinweisung |
| <b>Interventionsregionen</b> | <b>978</b>            | <b>119</b>                 | <b>816</b>            | <b>69</b>                  |
| davon Interventionsregion 1  | 311                   | 55                         | 276                   | 36                         |
| davon Interventionsregion 2  | 667                   | 64                         | 540                   | 33                         |
| <b>Kontrollregionen</b>      | <b>1271</b>           | <b>112</b>                 | <b>1841</b>           | <b>130</b>                 |
| davon Kontrollregion 1       | 625                   | 63                         | 623                   | 65                         |
| davon Kontrollregion 2       | 375                   | 11                         | 686                   | 18                         |
| davon Kontrollregion 3       | 271                   | 38                         | 532                   | 47                         |
| <b>Gesamt</b>                | <b>2249</b>           | <b>231</b>                 | <b>2657</b>           | <b>199</b>                 |

Neben der deskriptiven Analyse wurde die Wahrscheinlichkeit für eine Zwangseinweisung mit einem „Generalized estimating equations“ (GEE)-Modell analysiert. Als Zielvariable wurde die binäre Variable „Krise mit Zwangseinweisung ja/nein“ genutzt und in einem logistischen GEE-Regressionsmodell mit austauschbarer Kovarianzstruktur konstruiert. Die Kovariablen im Modell waren Interventionsregion (ja/nein), Zeitraum (Baseline-/Interventionszeitraum), Altersklasse (Stufen 1 (18-30 J) bis 6 (>70 J)), Geschlecht und der Interaktionsterm der Variablen Interventionsregion und Zeitraum. Diese Interaktion beschreibt dabei den Unterschied in der Änderung der Wahrscheinlichkeit für eine Zwangseinweisung im Krisenfall vom Baseline- zum Interventionszeitraum zwischen den Interventions- und Kontrollregionen und damit den Effekt der Intervention (adjustiert auf die anderen Variablen im Modell). Als Cluster des Modells wurden die Regionen der Krisen verwendet; außerdem wurde für die geringe Anzahl an Clustern korrigiert (Kahan et al. 2016; Fay & Graubard 2001).

#### *Interviews mit Betroffenen/Patientinnen und Patienten*

Insgesamt wurden 27 Interviews mit betroffenen Personen geführt, die in einer psychischen Krise im Rahmen eines Kriseneinsatzes vom SpsD begleitet wurden. In einigen Einsätzen war auch die Polizei und/ oder ein Genesungsbegleiter dabei. Zwei Interviews mussten nachträglich ausgeschlossen werden, weil sich im Verlauf des Interviews herausstellte, dass die Personen keinen Kriseneinsatz nach unserer Definition erlebt hatten. Insgesamt wurden somit 25 Interviews (zwei auf Englisch) in die Auswertung einbezogen, diese ergaben in Summe neuneinhalb Stunden Audiomaterial. Das kürzeste Interview dauerte zehn Minuten, das längste Interview hatte eine Dauer von 46 Minuten (Median 22,25 Minuten).

Von den 25 Interviewpartnerinnen und -partner waren 14 Personen aus Kontrollregionen und elf Personen aus den Interventionsregionen. Von diesen elf Personen war bei sechs Personen ein Genesungsbegleitender bei der Krise dabei. Es gab über alle Regionen verteilt 14 Interviews mit Personen, die ein Inhouse-Krisengespräch hatten und elf aufsuchende Kriseneinsätze. Fünf der aufsuchenden Einsätze endeten laut der Interviewpartnerinnen und -partner in einer Unterbringung, eine davon war eine Zwangseinweisung.

Das Geschlecht der Teilnehmenden gaben 48% mit männlich und 52% mit weiblich an. Sechs Teilnehmende gaben an, im Alter zwischen 18 und 30 Jahren zu sein, vier Teilnehmende zwischen 31 bis 40, weitere vier Personen zwischen 41-50, sieben zwischen 51-60 und vier Personen gaben an älter als 60 Jahre zu sein. Die Mehrheit der Betroffenen war ledig (60%), alleinlebend (60%), ohne Migrationshintergrund (80%) und hatte mindestens die Fachhochschulreife (60%). Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz wurden 16 Oberkategorien und 63 Unterkategorien entwickelt.

#### *Interviews mit Genesungsbegleitern*

Es wurden jeweils ein oder zwei Interviews mit den drei Genesungsbegleitern geführt, die im Projekt angestellt waren. Die Durchführung der Interviews erfolgte zu zwei Zeitpunkten. Einmal zum Ende der Einarbeitungsphase (t1) und einmal zum Ende der Interventionsphase (t2). Aufgrund der unterschiedlichen Einstellungszeitpunkte und der damit unterschiedlich langen Einarbeitungsphasen, war bei den

Genesungsbegleitern der Zeitraum zwischen Einstellung und dem ersten Interview (t1) unterschiedlich lang (sechs Monate, zwei Monate, wenige Wochen). Die Interviews nach der Interventionsphase (t2) fanden nur mit zwei Genesungsbegleitern statt, da der dritte seinen Vertrag nicht verlängert hat und nicht mehr für ein Interview zur Verfügung stand. Die Interviews umfassten etwa fünf Stunden Audio-material. Das kürzeste Interview dauerte 47 Minuten, das längste 69 Minuten. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Kuckartz. Es wurden zwölf Oberkategorien und 40 Unterkategorien entwickelt.

#### *Fokusgruppen mit SpsD-Mitarbeitenden*

Es wurde in jeder Interventionsregion jeweils eine Fokusgruppe mit insgesamt neun Mitarbeitenden des SpsD nach dem Ende des Interventionszeitraums durchgeführt. Die Fokusgruppen dauerten 70 bzw. 64 Minuten. Insgesamt haben sieben Teilnehmende der Fokusgruppen den Bogen mit Fragen zu soziodemografischen Daten ausgefüllt. Davon ordneten sich sechs dem weiblichen Geschlecht zu und einer dem männlichen Geschlecht. Vier Teilnehmende gaben an im Alter zwischen 31 bis 40 zu sein, jeweils eine teilnehmende Person gab an zwischen 41-50, 51-60 bzw. älter als 60 Jahre zu sein. Drei Teilnehmende gaben an ein Medizinstudium absolviert zu haben, jeweils eine teilnehmende Person hatte einen Master in Sonderpädagogik bzw. klinischer Psychologie, zwei Teilnehmende gaben an, ein Ausbildung im Bereich Krankenpflege absolviert zu haben. Die Dauer der Tätigkeit beim SpsD lag zwischen vier Monaten und 21 Jahren. Die Berufserfahrung insgesamt lag bei den Teilnehmenden zwischen vier und 36 Jahren. Die sechs Teilnehmenden, die diesen Teil des Fragebogens beantwortet haben, hatten folgende Funktionen im Rahmen des SpsD: Oberarzt/Oberärztin (1), Assistenzarzt/Assistenzärztin (2), Krankenpflegerinnen und -pfleger (2), Sozialtherapeutinnen und -therapeuten (1). Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz wurden neun Oberkategorien und 30 Unterkategorien entwickelt.

#### *Interviews mit Polizistinnen und Polizisten*

Insgesamt wurden fünf Interviews mit Polizistinnen und Polizisten durchgeführt. Alle Interviews konnten in die qualitative Datenauswertung eingeschlossen werden. Diese ergaben in Summe etwas fünf Stunden Audiomaterial. Das kürzeste Interview dauerte 40 Minuten, das längste Interview hatte eine Dauer von 70 Minuten. Von den fünf Interviewpartnerinnen und -partnern waren zwei aus den Kontrollregionen und drei aus den Interventionsregionen. Keiner der Polizistinnen und Polizisten waren bei einem Kriseneinsatz mit Genesungsbegleitung dabei. Zwei der teilnehmenden Personen ordneten sich dem weiblichen Geschlechts, drei dem männlichen Geschlecht zu. Die jüngste teilnehmende Person war 31 Jahre alt, die älteste 53 Jahre alt. Im Mittel waren die Polizistinnen und Polizisten 41,6 Jahre alt. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz wurden elf Oberkategorien und 33 Unterkategorien entwickelt.

#### *Fragebogenerhebung mit Polizistinnen und Polizisten*

Alle Polizistinnen und Polizisten (N=59), die an den Schulungen vor Beginn der Interventionsphase in den Interventionsregionen teilgenommen haben, nahmen sowohl an der Prä- als auch an der

Postmessung teil. Von den Teilnehmenden ordneten sich 25 dem weiblichen und 34 dem männlichen Geschlecht zu, mit einem Durchschnittsalter von 34,9 Jahren (Spanne 23 bis 56 Jahre). Die Mehrheit der teilnehmenden Personen war in Deutschland geboren (98 %). Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses gaben 40 Personen das Abitur an, neun die Fachhochschulreife und acht ein abgeschlossenes Hochschulstudium; eine Person verfügte über einen Realschulabschluss und eine Person machte dazu keine Angabe. Etwa die Hälfte der Befragten wohnte in Bremen (n = 30), elf Personen in Niedersachsen; 18 Personen machten hierzu keine Angabe.

#### *Fokusgruppe der Koordinierungsgruppe*

Insgesamt nahmen elf Personen an der Fokusgruppe der Koordinierungsgruppe teil, davon waren vier in Präsenz und sieben über Zoom anwesend. Die Personen gehörten zur Polizei (1), zur GeNo (4), zum Gesundheitsamt (1), zum UKE (3) sowie zum IPP (2). Die Fokusgruppe umfasste eine Länge von 73 Minuten. Es wurden insgesamt zwei Hauptkategorien mit jeweils drei zugehörigen Unterkategorien gebildet.

#### **5.2 Ergebnisdarstellung**

Zunächst werden im Folgenden die zentralen Ergebnisse aus den Fokusgruppen, die zur Bedarfsanalyse vor der Intervention durchgeführt wurden, beschrieben. Anschließend werden die zentralen Ergebnisse anhand der fünf übergeordneten Fragestellungen des Projektes zusammenfassend dargestellt.

#### *Fokusgruppen zur Bedarfsanalyse mit Polizei, Krisenerfahrenen, Angehörigen, Mitarbeitenden des SpsD*

Auf Basis der partizipativ entwickelten Fokusgruppenleitfäden mit Fragen zur Krisendefinition, zur Haltung gegenüber Menschen in psychischen Krisen, zum Umgang mit Zwangseinweisungen, zur Rolle von Genesungsbegleitenden sowie zum Schulungsbedarf wurden die Ergebnisse der Fokusgruppen systematisch ausgewertet.

Deutlich wurde zunächst, dass eine einheitliche Definition psychischer Krisen zwischen den beteiligten Stakeholder und Stakeholderinnen Gruppen nicht vorliegt. Aus Sicht des SpsD führt dies zu praktischen Unsicherheiten bei der Einordnung von Situationen. Während die Polizei Krisen vorrangig mit Suizidankündigungen oder Hinweisen auf Fremdgefährdung verbindet, beschreiben Menschen mit eigener Krisenerfahrung und Genesungsbegleitende Krisen eher als individuelle, prozesshafte und vielschichtige Entwicklungen. Dies steht im Kontrast zur dichotomen Ereignisdeutung der Polizei. Gleichzeitig wird deutlich, dass es an einer einheitlichen, klar operationalisierten und professionsübergreifend konsentierten Definition des Begriffs „Krise“ fehlt.

Auch die Haltung gegenüber Menschen in psychischen Krisen unterscheidet sich deutlich zwischen den Gruppen. Mitarbeitende des SpsD und Genesungsbegleitende betonen überwiegend ein akzeptierendes, wohlwollendes Verständnis.

*„Es gibt sehr viel, wo wir, sage ich mal, draufgucken und sagen: ‚Das ist noch okay, das kann man so lassen‘. Alle Menschen haben ein Recht, krank zu sein, keine Medikamente zu nehmen und sich im Alltag, auch, sage ich mal, sich eher ungewöhnlich zu verhalten. Und solange sie damit sich selber und anderen nicht schaden, ist das so in Ordnung.“ (SpsD2: 389–393)*

Menschen mit eigener Krisenerfahrung berichten hingegen von wiederholten abwertenden Erfahrungen mit psychiatrisch Tätigen und der Polizei, insbesondere im Kontext von Zwang. Negative Erfahrungen mit dem Hilfesystem beziehen sich häufig auf erlebte Gewalt, mangelnde Kommunikation und die Diskrepanz zwischen freiwilliger und erzwungener Behandlung.

Polizistinnen und Polizisten zeigen tendenziell eine pessimistische Haltung gegenüber der Entwicklung betroffener Personen.

*„[ ] nichtsdestotrotz glaube ich, dass gerade die Fälle, die die Polizei auch erreichen, oftmals auch, ich nenne es jetzt einfach mal, nicht oft, aber einige auch hoffnungslose Fälle sind. Und ich glaube, bei einigen ist auch einfach nichts mehr zu machen. Was ja auch ein großer Teil von unserer Arbeit ist. [ ]“ (P: 363-372)*

Zwangseinweisungen werden von allen befragten Gruppen insgesamt negativ bewertet. Die Arbeit im SpsD zur Zwangsvermeidung wird von den Mitarbeitenden als sinnvoll, aber stark belastend erlebt. Besonders die hohe Verantwortung und der ständige Handlungsdruck werden als herausfordernd beschrieben:

*„Also wir haben auch einfach keine Zeit zum Denken, weil wir einfach nur reagieren, und das finde ich ziemlich frustrierend.“ (SpsD2: 149–163)*

Strukturelle Defizite wie personelle Unterversorgung werden als zentrale Ursachen für die hohe Anzahl an Zwangsmaßnahmen genannt.

*„Ich glaube, das Schwierigste ist, dass wir ständig in Unterbesetzung arbeiten müssen. [ ] Wir können dem, was eigentlich unser Auftrag ist, nicht wirklich gerecht werden, weil wir mit der Besetzung, die wir hier haben, nur die Spitze des Eisbergs kappen können. [ ] Das schaffen wir einfach nicht. [ ] Wir haben auch immer größere Probleme, Stellen nachzubesetzen, weil der Markt das einfach nicht hergibt.“ (SpsD2: 123–142)*

Auch Menschen mit eigener Krisenerfahrung kritisieren insbesondere den Umgang mit Medikation sowie die mangelnde Kommunikation im psychiatrischen Setting.

*„Also ich habe die Psychiatrie als Ort kennengelernt, wo viele Medikamente gegeben werden, wo wenig gesprochen wird, wo man nicht weiß – also gerade der erste Aufenthalt war für mich so: Ich habe noch nicht mal gecheckt, ich bin in einem Krankenhaus.“ (B: 67–70)*

Die Beziehung zur Polizei wird von Betroffenen vielfach als negativ, von Zwang und Gewalt geprägt beschrieben.

*„Und da habe ich dann Zwang erlebt, dass dann Polizisten mich fixiert haben oder, aber auch sehr brutal, sehr unangenehm, auch sehr beleidigend oft.“ (B: 135–137)*

Auch die Polizei beschreibt eine Überforderung im Umgang mit Zwangseinweisungen, was unter anderem auf eine unzureichende fachliche Ausbildung zurückgeführt wird. Besonders der Zugang zu Betroffenen wird als erschwert erlebt, etwa bei aggressivem oder ablehnendem Verhalten:

*„Na, es gibt ja Situationen, da fährt man hin und merkt direkt: ‚Okay‘, nach ein, zwei Sätzen weiß man, man braucht eigentlich gar nicht weiter versuchen, zu erfahren, was passiert ist, weil es keinen Sinn macht. Dann gibt es die, die aggressiv werden und sich nicht auf einen einlassen.“ (P: 34–37)*

Gleichzeitig wird Zwang von Polizeiseite mitunter als erleichternd erlebt – vor allem in Situationen, in denen Entscheidungen getroffen werden können und akute Belastungen enden:

*„Das geht ja so ein bisschen in Richtung, also bei mir ist das so, dass es so ein bisschen in Richtung Erleichterung geht. So, jetzt habe ich Klarheit, der ist jetzt erstmal weg, wie lange auch immer, aber der ärgert, ärgert in Anführungszeichen, einen heute nicht mehr, so, und ja [ ] endlich passiert mal was.“ (P: 347–351)*

Die Rolle von Genesungsbegleitenden wurde ambivalent bewertet. Während Menschen mit Krisenerfahrung und einzelne Mitarbeitende des SpsD die Bedeutung von Erfahrungswissen und Beziehungsnähe hervorhoben, wurde seitens des SpsD auf rechtliche Unsicherheiten, emotionale Belastung und unklare Rollenerwartungen von Genesungsbegleitung verwiesen. In Kriseneinsätzen wird die Einsetzbarkeit von Genesungsbegleitenden zum Teil kritisch gesehen:

*„Allerdings muss man sagen, dass ich das Gefühl habe, dass oftmals die Ausbildung eines Genesungsbegleiters nicht ausreichend ist, um mit so schwerkranken Leuten, wie wir sie hier haben, dann tatsächlich auch so zu arbeiten, wie ich das damals mit meinen Kollegen erlebt habe.“ (SpsD2: 743–754)*

Gleichzeitig werden in den Fokusgruppen der Polizei, der Genesungsbegleitenden und der Menschen mit eigener Krisenerfahrung jedoch auch Chancen betont, durch Genesungsbegleitung humanisierende Impulse in die psychiatrische Praxis einzubringen.

In Bezug auf Schulungsangebote bestand gruppenübergreifend Einigkeit über deren unzureichende Ausgestaltung. Insbesondere von Polizeiseite wurde betont, dass Inhalte zu psychischen Krisen kaum Teil der Ausbildung sind:

*„[ ] aber ich hätte mir damals sehr viel mehr gewünscht, dass das mehr Teil der Ausbildung ist, weil wir doch sehr viel zu tun haben mit diesen Menschen, sehr oft uns in diesen Situationen wiederfinden, und an dem gemessen ist der Inhalt in der Ausbildung sehr, sehr dünn. Es ist eigentlich nicht existent gewesen.“ (P: 408–412)*

Durch Menschen mit eigener Krisenerfahrung, Polizistinnen und Polizisten und Genesungsbegleitende wurde empfohlen, verstärkte Angebote zu empathischen Kommunikation anzubieten sowie Schulungen, um gegenseitiges Verständnis und Handlungssicherheit zwischen den Berufsgruppen zu fördern.

#### *(1) Reduziert der Einsatz von Genesungsbegleitenden in Akutsituationen im Rahmen des Bremer SpsD Zwangseinweisungen?*

Da es sich um eine explorative Untersuchung, ohne Fallzahlschätzung handelt, war das Ziel der Analyse nicht konfirmatorisch, sondern nur orientierend. Die Fragestellung wurde sowohl mittels deskriptiver Methoden, als auch im Rahmen statistischer Inferenz durch ein „Generalized estimating equations“ (GEE)-Modell geprüft. In Tabelle 2 sind die Anteilswerte für Zwangseinweisungen, die aus Kriseneinsätzen resultierten, vergleichend dargestellt. Es zeigt sich, dass der Anteil an Zwangseinweisungen im Baselinezeitraum in den Interventionsregionen mit 12,2 % höher war als in den Kontrollregionen mit 8,8 %. Dies gilt auch für den Interventionszeitraum (Interventionsregionen: 8,5 % vs. 7,1 %).

Betrachtet man die Veränderung der Anteilswerte über die Zeit (Baselinezeitraum vs. Interventionszeitraum), zeigt sich eine deutliche Verringerung des Anteils an Zwangseinweisungen in beiden Gruppen. Diese Verringerung ist in den Interventionsregionen größer (Differenz: 3,7 Prozentpunkte) als in den Kontrollregionen (Differenz: 1,8 Prozentpunkte).

*Tabelle 2: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen*

| Region                       | Baselinezeitraum      |                            |                           | Interventionszeitraum |                            |                           |
|------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
|                              | Anzahl Kriseneinsätze | davon mit Zwangseinweisung | Anteil Zwangseinweisungen | Anzahl Kriseneinsätze | davon mit Zwangseinweisung | Anteil Zwangseinweisungen |
| <b>Interventionsregionen</b> | 978                   | 119                        | 12,2%                     | 816                   | 69                         | 8,5%                      |
| <b>Kontrollregionen</b>      | 1271                  | 112                        | 8,8%                      | 1841                  | 130                        | 7,1%                      |
| <b>Gesamt</b>                | 2249                  | 231                        | 10,3%                     | 2657                  | 199                        | 7,5%                      |

Da die Genesungsbegleitenden nicht bei allen Kriseneinsätzen anwesend waren, wurde auch betrachtet, wie hoch der Anteil von Zwangseinweisungen bei denjenigen Einsätzen war, die von Genesungsbegleitenden begleitet wurde. Dieser wurde verglichen mit dem Anteil von Zwangseinweisungen in der Interventionsregion bei Kriseneinsätzen ohne Beteiligung von Genesungsbegleitenden. Die Zahlen deuten an (Tabelle 3), dass bei Kriseneinsätzen mit Genesungsbegleitenden ein höherer Anteil von Zwangseinweisungen erfolgte als bei Kriseneinsätzen ohne Genesungsbegleitende. Hierbei sind allerdings die niedrigen Fallzahlen bei den Einsätzen mit Genesungsbegleitern zu beachten, die in einem eher instabilen Anteilswert resultieren, der mit jeder Zwangseinweisung mehr oder weniger deutlich steigt oder sinkt.

*Tabelle 3: Vergleich von Zwangseinweisungen bei Kriseneinsätzen mit und ohne Genesungsbegleitende im Interventionszeitraum*

|                                                                          | Interventionszeitraum |                            |                           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
|                                                                          | Anzahl Kriseneinsätze | davon mit Zwangseinweisung | Anteil Zwangseinweisungen |
| <b>Kriseneinsätze mit Genesungsbegleitern (in Interventionsregionen)</b> | 77                    | 9                          | 11,7%                     |
| <b>Kriseneinsätze ohne Genesungsbegleiter (in Interventionsregionen)</b> | 739                   | 60                         | 8,1%                      |

In einer Subgruppenanalyse wurden in Tabelle 4 die Anteilswerte stratifiziert nach Geschlecht dargestellt. Auch in den Geschlechtergruppen zeigt sich (überwiegend), dass der Anteil der Zwangseinweisungen rückläufig war.

*Tabelle 4: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen, aufgeteilt nach Geschlecht*

| Geschlecht            | Baselinezeitraum   |                          |                           | Interventionszeitraum |                          |                           |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------------------|
|                       | Anzahl Krisen SpsD | davon Zwangseinweisungen | Anteil Zwangseinweisungen | Anzahl Krisen SpsD    | davon Zwangseinweisungen | Anteil Zwangseinweisungen |
| Interventionsregionen |                    |                          |                           |                       |                          |                           |
| Männlich              | 499                | 69                       | 13.8%                     | 442                   | 38                       | 8.6%                      |
| Unbekannt             | 1                  | 0                        | 0.0%                      | 0                     | 0                        | 0                         |
| Weiblich              | 478                | 50                       | 10.5%                     | 374                   | 31                       | 8.3%                      |
| Kontrollregionen      |                    |                          |                           |                       |                          |                           |
| Männlich              | 643                | 60                       | 9.3%                      | 937                   | 81                       | 8.6%                      |
| Weiblich              | 628                | 52                       | 8.3%                      | 904                   | 49                       | 5.4%                      |

In Tabelle 5 werden die Daten nach Altersgruppen stratifiziert dargestellt. Auch hier ist in jeder Altersklasse in beiden Gruppen eine Verringerung der Anteile an Zwangseinweisungen festzustellen.

*Tabelle 5: Kriseneinsätze und Zwangseinweisungen in Kontroll- und Interventionsregionen in den beiden Studienzeiträumen, aufgeteilt nach Altersgruppen*

|                              | Baselinezeitraum      |                            |                           | Interventionszeitraum |                            |                           |
|------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
|                              | Anzahl Kriseneinsätze | davon mit Zwangseinweisung | Anteil Zwangseinweisungen | Anzahl Kriseneinsätze | davon mit Zwangseinweisung | Anteil Zwangseinweisungen |
| <b>Interventionsregionen</b> |                       |                            |                           |                       |                            |                           |
| <b>18-30</b>                 | 207                   | 17                         | 8,2%                      | 176                   | 10                         | 5,7%                      |
| <b>31-40</b>                 | 225                   | 31                         | 13,8%                     | 192                   | 14                         | 7,3%                      |
| <b>41-50</b>                 | 150                   | 22                         | 14,7%                     | 124                   | 17                         | 13,7%                     |
| <b>51-60</b>                 | 185                   | 22                         | 11,9%                     | 146                   | 12                         | 8,2%                      |
| <b>61-70</b>                 | 100                   | 13                         | 13,0%                     | 89                    | 10                         | 11,2%                     |
| <b>71+</b>                   | 111                   | 14                         | 12,6%                     | 87                    | 6                          | 6,9%                      |
| <b>Kontrollregionen</b>      |                       |                            |                           |                       |                            |                           |
| <b>18-30</b>                 | 331                   | 19                         | 5,7%                      | 465                   | 26                         | 5,6%                      |
| <b>31-40</b>                 | 297                   | 22                         | 7,4%                      | 388                   | 28                         | 7,2%                      |
| <b>41-50</b>                 | 176                   | 23                         | 13,1%                     | 318                   | 25                         | 7,9%                      |
| <b>51-60</b>                 | 225                   | 19                         | 8,4%                      | 269                   | 19                         | 7,1%                      |
| <b>61-70</b>                 | 114                   | 8                          | 7,0%                      | 208                   | 11                         | 5,3%                      |
| <b>71+</b>                   | 127                   | 21                         | 16,5%                     | 192                   | 21                         | 10,9%                     |

Da die Studie als Cluster-RCT geplant war, wurde zum Zweck statistischer Inferenz ein GEE (Generalized Estimating Equation)-Modell an die Daten angepasst. Ziel war es hierbei, zu testen, ob die Intervention durch Genesungsbegleitende eine statistisch signifikante Auswirkung auf den Anteil an Zwangseinweisungen hat, auch wenn prinzipiell auf einen konfirmatorischen Anspruch verzichtet werden konnte, da die Effektgröße vorab gut genug eingegrenzt werden konnte und die Fallzahl bei einer angemessenen konservativen Schätzung nicht ausreichend gewesen wäre. Die inferenzstatistischen Auswertungen sind dementsprechend nur als Orientierung zu verstehen.

Wie in Tabelle 4 dargestellt, gab es im Baselinezeitraum eine Person mit einer Krise, die eine unbekannte Geschlechtszuordnung hatte. Diese wurde aufgrund numerischer Überlegungen aus der Analyse im GEE-Modell ausgeschlossen. Die Ergebnisse des GEE-Modells sind in Tabelle 6 dargestellt. Positive Koeffizienten stellen eine Erhöhung der geschätzten Rate an Zwangseinweisungen dar, negative Koeffizienten entsprechend eine Verringerung. Für den Behandlungseffekt (Interventionsregion \* Interventionszeitraum) ergibt sich ein geschätzter Koeffizient von -0.25. Dies ist ein Indiz dafür, dass die Intervention den Anteil an Zwangseinweisungen senken könnte. Dieser Einfluss ist jedoch statistisch nicht signifikant zum zweiseitig Niveau von 5 % ( $p = 0,2003$ ), was allerdings aufgrund der geringen Zahl von nur fünf randomisierten Regionen auch nicht erwartbar war. In weiteren Sensitivitätsanalysen wurde das Modell noch um weitere Variablen (Jahr/Monat) ergänzt, sowie die Altersklasse als kategoriale Variable berücksichtigt. Diese Analysen haben das obige Ergebnis bestätigt.

Tabelle 6: Ergebnisse des GEE-Modells mit einer Korrektur für die kleine Anzahl Cluster

| Variable                                          | Geschätzter Koeffizient | Untere 95% KI- Schranke | Obere 95% KI- Schranke | 2-seitiger p-Wert |
|---------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------|
| Achsenabschnitt                                   | -2,43                   | -3,41                   | -1,46                  | 0,0050            |
| Interventionsregion (ja=1, nein=0)                | 0,34                    | -0,79                   | 1,46                   | 0,4217            |
| Zeitraum (Intervention =1, Baseline = 0)          | -0,17                   | -0,75                   | 0,41                   | 0,3236            |
| Altersklasse (1-6)                                | 0,09                    | 0,02                    | 0,16                   | 0,0240            |
| Geschlecht (w = 1, m = 0)                         | -0,28                   | -0,50                   | -0,07                  | 0,0223            |
| Interventionsregion * Zeitraum (Interaktionsterm) | -0,25                   | -0,81                   | 0,30                   | 0,2003            |

KI=Konfidenzintervall

*(2) Wie nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen die Arbeit des SpsD wahr?*

Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in einer akuten Krisensituation vom SpsD betreut wurden, bewerteten die Arbeit des SpsD in Krisensituationen in den Interviews überwiegend positiv. 20 von 25 Personen berichteten keinen (informellen) Zwang erfahren zu haben. Die Betroffenen beschrieben das Verhalten der Mitarbeitenden des SpsD als beruhigend, einfühlsam, freundlich, unterstützend, professionell und vertrauensfördernd. Diese Eigenschaften vermittelten ihnen ein Gefühl der Sicherheit und des „Gesehenwerdens“.

*„Beruhigend und auch die Art und Weise, wie er die Fragen gestellt hat, also er wusste immer ganz genau, wo er einsetzen muss, dass man die Hemmung verliert und wirklich frei erzählt.“  
(BO9:15/16)*

Es gab jedoch auch vereinzelte negative Rückmeldungen, bei denen sich einige Betroffene missverstanden oder unsensibel behandelt fühlten.

*„Dass die Psychologin, die dabei war, knallhart sagte, an einer Angstattecke stirbt man nicht. [Das] hat mir nicht weitergeholfen.“ (BM6:16)*

Die Rolle von den Genesungsbegleitern wurde als besonders wertvoll empfunden, da diese durch eigene Erfahrung authentisch wirkten, Mut machen konnten und den Betroffenen das Gefühl gaben, nicht allein zu sein.

*„Er hat sehr persönlich von sich gesprochen, mich abgeholt und damit nicht alleine gelassen und das hat mich in dem Moment sehr aufgefangen. Das hat er wirklich sehr, sehr gut gemacht, sehr empathisch und einfühlsam.“ (BM11:11)*

Allerdings wurde in einem Fall kritisiert, dass der Genesungsbegleiter zu wenig nachfragte.

*„Was auffallend war, dass er immer genickt hat [und] ich dachte so, eine kritische Frage wäre auch schön.“ (BM1:3)*

Die Mehrheit der befragten Betroffenen, bei denen kein Genesungsbegleiter im Kriseneinsatz dabei war, war überzeugt, dass Genesungsbegleitende eine wertvolle Ergänzung in psychiatrischen Kriseneinsätzen sein könnten, da sie durch ihre eigenen Erfahrungen tiefes Verständnis und Empathie vermitteln. Durch den eigenen Erfahrungshintergrund könnten Genesungsbegleitende in akuten psychiatrischen Krisen eine wertvolle Ergänzung zu anderen Professionellen und somit eine sinnvolle Ergänzung sein. Sie hätten das Potenzial Ängste zu lindern und durch ihre eigene Erfahrung zu zeigen, dass es einen Weg aus der Krise gibt.

*„Weil ein Genesungsbegleiter ja selbst betroffen ist. Mit welcher Erkrankung auch immer. Die waren selber in einer Psychiatrie, haben sich selbst in Krisen und Ausnahmezuständen befunden. Und ich glaube, das wäre nochmal was gewesen, dass da jemand ist, der mich in irgendeiner Form von dem Gefühl in dem Moment hätte nachvollziehen können. Das würde ich sinnvoll finden.“ (BO5:38-39)*

In manchen Fällen wurden die Genesungsbegleiter nicht als solche wahrgenommen. Einige Betroffene äußerten Zweifel, ob die eigenen Erfahrungen von Genesungsbegleitenden tatsächlich auf andere Betroffene übertragbar seien. Zudem wurden Bedenken hinsichtlich der Ausbildung sowie einer potenziellen Instabilität der Genesungsbegleitenden geäußert.

*„Wenn ich wüsste der war selber in der Krise, dann hätte ich Angst, dass der Mensch noch nicht so weit ist, mich auch zu stützen, so glaube ich.“ (BO13: 35-39)*

Insgesamt äußerten viele Betroffene den Wunsch nach mehr Zeit, individuellerer Unterstützung und einer niedrigschwelligen Ansprechperson ohne formale Hürden. Besonders die Nachbetreuung nach einer Krise wurde als verbesserungswürdig angesehen.

### *(3) Wie nehmen Genesungsbegleitende ihre eigene Rolle in Kriseninterventionen wahr?*

Alle Genesungsbegleiter berichteten, dass sie sich menschlich von Beginn an im Team gut aufgenommen fühlten. Sie berichteten aber auch von allgemeiner Skepsis im Team gegenüber dem Konzept Genesungsbegleitung im Allgemeinen.

*„Es kamen schon so Aussagen [ ] wie: ‚Was sollt ihr denn, was könnt ihr denn anderes [ ] machen als wir.‘ Und: ‚Es gibt vielleicht auch Situationen, da ist das gar nicht so sinnvoll.‘ [ ] Und die Andere hat aber gesagt: ‚Ja toll, dass ihr da seid.‘“ (P3:5; Interventionsregion 2)*

Ein Genesungsbegleiter (Interventionsregion 1) beschrieb, dass die Zusammenarbeit in seinem Team von Beginn an auf Augenhöhe gewesen sei. Außerdem wurde er direkt in die Versorgungsabläufe einbezogen. Auch strukturell war für ihn vorbereitet (z.B. eigenes Büro, PC mit Systemzugang). In der Interventionsregion 2 haben laut Aussagen der Genesungsbegleiter die Vorurteile des Teams zu Beginn die Zusammenarbeit erschwert. Unklarheiten über die Aufgaben führten dazu, dass es viele Leerlaufzeiten gab. Außerdem wurde weder ein eigener Arbeitsplatz noch ein persönlicher Systemzugang vor Ankunft vorbereitet.

Alle Genesungsbegleiter berichteten, dass ihnen im Laufe der Zeit zunehmend Vertrauen entgegengebracht wurde und sie mehr und mehr Aufgaben übernommen haben. In Bezug auf die Zusammenarbeit in Kriseneinsätzen berichteten die Genesungsbegleiter, dass es auch hier eine Unsicherheit bezüglich der Rolle und der Aufgaben gab. In der Interventionsregion 1 wurde der Genesungsbegleiter dennoch sofort zu allen Einsätzen mitgenommen. Er war zwar am Anfang eher zurückhaltend und wurde erst im Verlauf aktiver, wurde aber in alle Entscheidungsfindungen einbezogen. In der Interventionsregion 2 berichteten die Genesungsbegleiter, dass sie zu den Einsätzen häufiger nicht mitgenommen wurde und aktiv einfordern mussten dabei zu sein zu dürfen. Überwiegend waren sie bei Inhouse-Krisengesprächen dabei.

*Ich komm jetzt auf vielleicht sieben, acht Einsätze insgesamt. Was wenig ist für [ ] netto drei Wochen Einsatz [ ]. Liegt halt daran, dass ich immer noch ein bisschen teilweise betteln muss um die Einsätze. Oder man denkt im Alltag nicht immer dran.“ (P3:9; Interventionsregion 2)*

*„Ich habe am Anfang mehr mit den reinkommenden Krisen [Inhouse-Krisengesprächen] zu tun gehabt.“ (P3:7; Interventionsregion 2)*

In der Interventionsregion 1 beschrieb ein Genesungsbegleitender, dass bei aufsuchenden Kriseneinsätzen immer spontan entschieden wurde, wer das Krisengespräch führt. Er beschrieb, dass er in Teamabsprachen vor einer Entscheidungsfindung mit einbezogen wurde und auch nach den Einsätzen eine unmittelbare Nachbesprechung erfolgte. In der Interventionsregion 2 beschrieb ein Genesungsbegleitender, dass in den Einsätzen, in denen er dabei war, überwiegend der Arzt oder die Ärztin das Gespräch führte. Nachbesprechungen des Einsatzes mussten aktiv eingefordert werden.

Die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter außerhalb von Kriseneinsätzen waren vom Projekt nicht vorgegeben und sollten von den Genesungsbegleitern und den Teams frei gestaltet werden. Alle Genesungsbegleiter berichteten, dass es zu Beginn Leerlaufzeiten gab, da die Rolle erst gefunden werden musste. Nach und nach haben sich dann aber in beiden Regionen ähnliche Aufgabenfelder ergeben.

So wurden bspw. Gespräche für Patientinnen und Patienten auf der angegliederten Station oder bei geplanten Hausbesuchen angeboten. Alle Genesungsbegleiter waren an Morgenrunden und Gruppentherapien beteiligt. Zudem begleiteten sie Patientinnen und Patienten bspw. zu Stadtteiltreffs oder zu Ärztinnen und Ärzten oder unterstützten sie bei administrativen Angelegenheiten wie Rentenanträgen. In der Regel haben sie auch an Teamtreffen und Supervisionen teilgenommen.

*„Dann habe ich einige Patienten, die ich einfach zu Hause auch unterstütze [ ] in Sachen Antragstellung beim Jobcenter, Eingliederungshilfe. Aber auch Rechtsbetreuung auf den Weg bringen, Begleitung der Patientinnen und Patienten auch zum Gericht, zu den Ämtern.“ (P1:3; Interventionsregion 1)*

Die Schwierigkeiten bei der Rollenfindung und der Integration der eigenen Rolle in das bestehende System wurde von allen geäußert. Die Genesungsbegleiter sagten, dass sie erst in ihre Rolle hereingewachsen mussten und einiges dann während der Einsätze gelernt hätten.

*„Da hab ich mich selber noch nicht so [getraut] vielleicht aufgrund der Situation und dann eben natürlich der Autorität, der Arzt spricht, ja und der Psychologe oder Pfleger dabei ist hat auch nochmal seine fachliche Kompetenz. Da muss ich sagen, da muss ich noch ein bisschen, da muss ich reinwachsen. Das, das geht nicht von heute auf morgen.“ (P3:45; Interventionsregion 2)*

*„Das war alles neu für mich. Das habe ich aber auch erfragt. Und ich bin dann von Haus aus neugierig und habe alles nachgefragt. Was ist das? Auch die ganzen Abkürzungen zum Beispiel. Man lernt dann zu.“ (P1:119-120; Interventionsregion 1)*

Zwei der drei Genesungsbegleiter aus Interventionsregion 1 und 2 sagten, dass sie sich als Vermittler zwischen Patientinnen und Patienten und Fachpersonal sähen. Sie betonten, dass sie sich keinesfalls als Konkurrenz sondern als Ergänzung zum Team sähen. Außerdem sagten sie, dass sie durch ihre eigene Erfahrung eine niedrigschwellige Vertrauensbasis zu den Patientinnen und Patienten herstellen konnten, nicht zuletzt auch, weil sie mehr Zeit hätten als ihre Kolleginnen und Kollegen. Diese Zeit kann für eine kontinuierliche und enge Begleitung der Patientinnen und Patienten genutzt werden, was möglichen Krisen vorbeugen könne. Die Genesungsbegleiter berichteten auch, dass durch ihr Einwirken auf den Patienten eine notwendige Einweisung ohne Zwang ablaufen konnte.

*„Ich kann ja jetzt nicht wie so ein Wunderheiler heilen, aber ich hab schon ein paar Mal erlebt, dass ich es schaffe, wenn dann ein PsychKG erforderlich ist, dass eben nicht mit Handschellen und brutal irgendwie abgeführt wird, sondern dass die das mehr oder weniger einsehen und mitgehen. Was für die ja auch ne viel schönere Situation ist.“ (P1:10; Interventionsregion 1)*

*„Seht mich als Brücke, wo der Patient und der Arzt sich auf der Mitte begegnen können. Wenn die Brücke nicht da wäre, stünde jeder an einem Ufer und könnte vielleicht den anderen gar nicht richtig sehen.“ (P3:79; Interventionsregion 2)*

Wichtig in den Augen der Genesungsbegleiter sei es, dass der Wille, Genesungsbegleitung zu installieren, von „oben“ gewollt und auch so kommuniziert werden müsse, damit die Implementierung gelingen kann. Bedenken bezüglich der Ausbildung und psychischen Stabilität der Genesungsbegleitenden, die aus den Teams geäußert werden, müssten ernst genommen und geklärt werden. Außerdem sei es essentiell, dass schon zu Beginn eine klare Rollenbeschreibung vorliegt, bevor der oder die Genesungsbegleitende überhaupt seine Stelle antritt, damit alle Beteiligten über dessen oder deren Aufgaben informiert sind.

*„Das Entscheidende ist, es muss von ganz oben gelebt werden. Wir wollen das jetzt und gucken es uns mal an und wir wissen, dass das neu ist. Das muss sozusagen von oben nach unten getragen werden. Und dann müssen die Bedenken, die von unten kommen, natürlich von den Oberen auch aufgenommen werden und entsprechend geklärt werden.“ (P3:21; Interventionsregion 2)*

*„Kommunikation von oben was Genesungsbegleiter sind, was die für Aufgaben auf der Station, in der Beratungsstelle und so weiter haben. Wir sind so ein bisschen Wegbereiter, so sehen wir uns.“ (P1:60; Interventionsregion 2)*

Es wurde angeregt, die Anwesenheit eines Genesungsbegleitenden in Kriseneinsätzen klarer hervorzuheben, damit der Patient oder die Patientin weiß, dass jemand dabei ist, der selber mal eine Krise hatte und aus Erfahrung spricht. Außerdem äußerten die Genesungsbegleiter den Wunsch, noch aktiver einbezogen und nach ihrer Einschätzung gefragt zu werden. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Integration des Genesungsbegleitenden als vollwertiges Teammitglied. Statt als dritte zusätzliche Person, wie überwiegend praktiziert, sollten Genesungsbegleitende als zweite Einsatzkraft an den Kriseneinsätzen teilnehmen, um eine vollwertige Rolle im Team einzunehmen. Wichtig sei auch, dass in bestimmten Einsätzen dem Genesungsbegleitenden mehr Zeit gegeben würde, um eine „Brücke“ zum Patienten bauen zu können. Ein Genesungsbegleiter äußerte generelle Bedenken bezüglich der Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Genesungsbegleitenden in akuten Krisensettings. Ein weiterer Genesungsbegleiter äußerte Bedenken bezüglich seiner Rolle in Einsätzen, bei denen eine Zwangseinweisung eindeutig erforderlich sei – etwa bei Personen, deren psychische Erkrankung so stark erregt oder aggressiv macht, dass eine Gesprächsführung nicht möglich sei. In diesem Zusammenhang wurde die Idee eingebracht, Genesungsbegleitende auf Abruf in einer Beratungsstelle anzustellen. So könnten sie gezielt in jenen Krisensituationen eingesetzt werden, in denen ihre Unterstützung tatsächlich sinnvoll ist. Der dritte Genesungsbegleiter war überzeugt vom Konzept der Intervention in seiner bisherigen Form und wünschte sich eine Verstetigung.

*„Und wirklich ist, ich finde dieses Projekt sowieso klasse. Und ich würde es auch sowas von begrüßen, wenn im Bremer Raum die Beratungszentren alle eine Genesungsbegleiterin haben [würden]. Leider ist das ja noch nicht so weit.“ (P1:19; Interventionsregion 1)*

*(4) Wie wird der Einsatz von Genesungsbegleitenden im Rahmen akuter Kriseneinsätze des SpsD für Menschen mit psychischen Erkrankungen von Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei wahrgenommen?*

Die Mitarbeitenden des SpsD hatten in den Fokusgruppen unterschiedliche Meinungen zum Konzept der Genesungsbegleitung. Während einige Genesungsbegleitung im Vorfeld der Intervention, insbesondere im stationären Bereich als bereichernd erlebt hatten, herrschte bei der Mehrheit eine eher skeptische Haltung. Besonders Personen mit negativen Vorerfahrungen äußerten Bedenken. Hauptkritikpunkte waren die potenzielle Retraumatisierung der Genesungsbegleitenden selbst, Zweifel an ihrer professionellen Abgrenzung sowie die Ansicht, dass ihre einjährige Ausbildung nicht ausreiche, um sie angemessen auf die Tätigkeit vorzubereiten. Besonders im Kontext von akuten Kriseneinsätzen wurde die Sinnhaftigkeit ihres Einsatzes in Frage gestellt, da unklar sei, wie sie Zwangseinweisungen verhindern könnten und wie sie in die bestehenden Strukturen integriert werden sollen.

Die befragten Teams betonten, dass sie Zwangsmaßnahmen ungern anwenden und diese nur als letztes Mittel eingesetzt würden. Dennoch sei Zwang in bestimmten Situationen notwendig, insbesondere zum Schutz der Betroffenen und des Personals. Einige berichteten zudem, dass der Umgang mit Gewalt mit der Zeit einen Gewöhnungseffekt habe.

*„Und manchmal geht es halt eben nicht ohne Gewalt. Das ist leider auch unser Geschäft. Wir versuchen natürlich mit unseren Möglichkeiten, den Techniken zu deeskalieren, ins Gespräch zu kommen mit den Klienten.“ (Mitarbeitender SpsD)*

In Interventionsregion 2 bestanden anfangs Schwierigkeiten durch unterschiedliche Ansichten und Prioritäten, während der Genesungsbegleiter in Interventionsregion 1 von Anfang an als Bereicherung wahrgenommen wurde.

*„Also, der hat unser Team schon sehr bereichert, finde ich. Also, rein menschlich, kollegial fand, ich hat er ja super hier reingepasst. Und der hat sich sehr gut [ ] arrangiert.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Besonders in Kriseneinsätzen wurde die Rollenfindung als herausfordernd beschrieben. Die Aufgaben der Genesungsbegleiter entwickelten sich erst nach und nach, weshalb sie zunächst eher im Hintergrund blieben oder gar nicht erst zu den Kriseneinsätzen mitgenommen wurden. Mit zunehmender Erfahrung wurden ihnen jedoch mehr Aufgaben zugetraut, sodass ein Genesungsbegleitender auch eigenständig Inhouse-Krisengespräche führte.

*„[Ü]ber die Zeit hat er sich eingefunden, haben wir uns eingefunden, sicher über seine Art. Wenn der anders gewesen wäre, hätte das auch richtig nach hinten losgehen können. Er hat auch immer mehr seinen Platz und seine Aufgabe gefunden.“ (Mitarbeitender SpsD)*

*„Und weil wir festgestellt haben, er kann nicht in jede Krise mit rein, es überfordert uns, den Patienten und es ist einfach nicht immer möglich, haben wir dann gesagt, gut, hier in der Tagesklinik wäre es auch schön.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Außerhalb von Kriseneinsätzen übernahmen die Genesungsbegleiter verschiedene Aufgaben, wie Entlastungsgespräche (unterstützende, strukturierte Gespräche, die Menschen in psychischen Belastungssituationen kurzfristig Hilfe bieten sollen, mit dem Ziel emotionale Anspannung zu reduzieren, und die psychische Stabilisierung zu fördern). Führten Gruppenangeboten in der angrenzenden (Tages-)Klinik und begleiteten bei Hausbesuchen. Ihr Einsatz wurde außerhalb von Kriseneinsätzen als besonders wertvoll empfunden, da sie Aufgaben übernahmen, für die das reguläre Personal keine Zeit hatte. Zudem wurde hervorgehoben, dass die Genesungsbegleiter durch ihre eigene Erfahrung oft einen besseren Zugang zu Patientinnen und Patienten fanden, da sie nicht an eine professionelle Rolle gebunden waren.

*„Aber das ist natürlich jemand, der kann das dann besprechen, weil er nicht in der professionellen Position sein muss. Und da können die [Genesungsbegleitenden] natürlich ganz anders bonden mit den Patientinnen und Patienten.“ (Mitarbeitender SpsD)*

*„Er hat immer auch einfließen lassen, was für Erfahrungen er als Patient gemacht hat. Aber es war nicht so allgegenwärtig. Also er hat seine Aufgabe sehr professionell gemacht, fand ich. Also soweit ihm das möglich ist, ohne jetzt irgendwie eine fachliche Ausbildung zu haben oder so.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Bei der Frage nach dem generellen Sinn des Einsatzes von Genesungsbegleitenden im Krisenkontext zeigten sich die Befragten zurückhaltend. Es wurde vorgeschlagen, Genesungsbegleitende außerhalb akuter Krisen einzusetzen, um langfristige Bindungen zu Patientinnen und Patienten aufzubauen und deren Sensibilität für Hilfsangebote zu erhöhen. Dadurch könnten Genesungsbegleitende möglicherweise präventiv wirken, bevor es zu einem Kriseneinsatz kommt. Für akute Kriseneinsätze hingegen wurden sie vom Großteil als weniger geeignet angesehen, da ihre Ausbildung und Erfahrung oft nicht ausreichen würden. Denkbar wäre ihr Einsatz vorrangig in Krisensituationen, in denen Patientinnen und Patienten noch ansprechbar seien, da etwa Personen mit Psychosen häufig nicht mehr erreichbar seien, während Menschen mit Depressionen besonders von Genesungsbegleitung profitieren könnten.

*„Ich finde es nicht sinnvoll. Schon gar nicht, wenn es in dieser Art und Weise ist, wie es passiert ist. Reingesetzt, mach mal. Und bitte immer PsychKG vermeiden. Also, so funktioniert es nicht. Aber ich bin eine absolute eine, die denkt, ausprobieren, gucken, machen links und rechts und mal schauen und so, aber nicht dieses Modell, auf diese Art.“ (Mitarbeitender SpsD)*

*„Wenn wir eine Beratungsstelle wären, die auch Menschen behandelt mit einer PTBS, mit einer depressiven Störung und so weiter, dann wären da noch viel mehr Aufgaben und Bereiche, wo er [der Genesungsbegleiter] Sinn machen würde. Hätte er sich auch mehr einbringen können. [Aber] unser Fokus ist ja [überwiegend] auf schwerkranken, psychotischen Menschen, die nicht wartezimmerfähig sind und mit denen man nicht groß in Austausch gehen kann und die jetzt vielleicht auch nicht rein kognitiv davon profitieren, dass da jemand sitzt und das für die einen Unterschied macht, ob der selber mal eine Krankheit hat oder nicht.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Auf die Frage, ob sich durch die Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitern die Einstellung im Team in Bezug auf Menschen in Krisen verändert hat, wurde in der einen Einsatzstelle geäußert, dass kein veränderter Umgang des Teams mit Menschen in Krisen wahrgenommen wurde.

*„[I]ch glaube wir sind jetzt persönlich nicht dadurch besser im Umgang mit Patienten oder haben mehr gelernt oder so.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Abschließend wurden Verbesserungsvorschläge formuliert. Es wurde betont, dass vor einer zukünftigen Implementierung von Genesungsbegleitung ein klares Verständnis der bestehenden Strukturen und Arbeitsabläufe geschaffen werden müsse. Eine klar definierte Aufgabenbeschreibung sei essenziell, um Unsicherheiten zu vermeiden. Zudem wurde eine bessere Kommunikation und ein intensiverer Austausch zwischen allen Beteiligten gefordert.

*„Kommunikation, würde ich sagen. Fällt mir jetzt als erstes ein. Also ich glaube, sowohl was das bedeutet, also Genesungsbegleitung, als auch, was das einfach für uns dann als gesamtes Team bedeutet. Ich glaube, da würde ich was an der Kommunikation ein bisschen anders machen.“ (Mitarbeitender SpsD)*

Die Ergebnisse der Interviews mit Polizistinnen und Polizisten zeigen, dass keiner der Befragten bei einem Einsatz von Genesungsbegleitenden im Kontext polizeilicher Kriseneinsätze während der Interventionsphase dabei war, das Konzept jedoch grundsätzlich auf Offenheit stößt. Polizistinnen und Polizisten bewerten insbesondere das Potenzial von Genesungsbegleitung zur Entlastung in akuten Lagen positiv – etwa durch eine moderierende Rolle während Wartezeiten auf Fachkräfte oder als Brücke zu den Betroffenen.

*„Ich könnte mir das auch total gut vorstellen, ich hab das ja vorhin schon mal gesagt, wenn wir jemanden hätten, den wir in bestimmten Einsatzsituationen dazu ziehen könnten. Also wenn ich eine Telefonnummer hätte, wo ich anrufen kann und sagen kann: Ich hab hier gerade in [ORT] den und den Fall, habt ihr, so wie bisschen blöd, aber so, wir haben ja Notfallseelsorge, da rufe ich auch eine bestimmte Nummer an und es kommt jemand, wer auch immer gerade Dienst hat und sowas gäbe es auch für Krisensituationen.“ (P004:78-80)*

Die Befragten betonten, dass durch die Einbindung von Menschen mit eigener Krisenerfahrung ein Perspektivwechsel ermöglicht werden könne, der sowohl deeskalierend wirken als auch zu einer Sensibilisierung für die Wirkung polizeilicher Präsenz auf Betroffene beitragen könne.

*„Dieser Ansatz, der müsste viel mehr in der Ausbildung stattfinden. Also wir können das alles theoretisch aufbereiten, wir können uns das Rechtliche angucken, wir können Einsatztrainings dazu machen, aber es ist viel intensiver und anschaulicher, wenn man mit Betroffenen spricht und was Polizei, wie Polizei wirkt auf Betroffene in bestimmten Situationen zu bestimmten Krankheitsbildern, auf Angehörige, das wäre, finde ich, ein super Ansatz für die Ausbildung.“ (P004:35)*

Gleichzeitig wurden auch Vorbehalte geäußert. So herrschte bei einigen Befragten Unsicherheit in Bezug auf die Qualifikation und Sicherheit von Genesungsbegleitenden, insbesondere in Situationen mit möglicher Fremdgefährdung.

*„Das muss man immer lagebedingt sehen. Ich sag mal, [Person] sagt wieder, ich habe zum 20. Mal Tabletten genommen, wissen wir, [Person] ist nicht fremdgefährdend. So, aber wenn [Person] dann wieder anruft und sagt, „Ich hab mir die Pulsadern aufgeschnitten“, weiß ich, da ist ein Messer im Spiel. So dann kann ich den [...] Genesungsbegleiter, in dem Moment kann ich ihn vor Ort nicht gebrauchen, weil ich ja erst mal selber einen sicheren Arbeitsraum brauche. Sperre das also ab, dass auch keine Dritten gefährdet werden. Und dann muss ich auch erstmal gucken, wie komme ich an [die Person] ran, wegen dem Messer,. Das ist halt das Problem, was ja auch in vielen Dingen, was ja auch dann immer in die Presse kommt, leider immer schief geht, ne. Sobald Messer oder Waffen im Spiel sind, wie geht man an die, ja, Kranken, ran.“ (P005:56)*

Diese Ambivalenzen spiegeln ein generelles Spannungsfeld wider: Während viele der befragten Polizistinnen und Polizisten den Wunsch nach entlastenden und beziehungsorientierten Einsätzen äußern, fehlen oft geeignete Strukturen und Schulungen, um dieser Haltung auch im Einsatz gerecht werden zu können. Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass eine strukturierte Einbindung von Genesungsbegleitenden als ergänzendes Angebot im Kriseninterventionskontext nicht nur als machbar, sondern

auch als potenziell wirksam wahrgenommen wird – vorausgesetzt, sie erfolgt mit klaren Rollendefinitionen, ausreichender Ausbildung und einem tragfähigen Sicherheitskonzept.

#### Ergebnisse Fragebögen mit Polizistinnen und Polizisten

Zur Auswertung der Schulungsevaluation wurden gängige statistische Kennzahlen herangezogen. Dabei steht N für die Anzahl der befragten Personen, M für den Mittelwert, SD für die Standardabweichung sowie Min und Max für die minimalen und maximalen beobachteten Werte. T bezeichnet den T-Wert der T-Statistik im Rahmen von t-Tests, F steht für die F-Statistik bei Varianzanalysen (ANOVA), df für die entsprechenden Freiheitsgrade (degrees of freedom) und p für das jeweilige Signifikanzniveau. Zur inhaltlichen Erfassung zentraler Einstellungsdimensionen gegenüber Menschen mit psychischen Krisen wurden validierte Skalen eingesetzt: Die Skala PE misst das psychoedukative Wissen, STPN erfasst negative Vorurteile, STPU unbedrohliche Vorurteile, ERA ängstlich-emotionale Reaktionen, ERM mitfühlend-emotionale Reaktionen und SZD die soziale Distanz.

#### Psychoedukation (PE)

Für die Kontrollregion zeigte sich nach der Anti-Stigma-Intervention ein signifikanter Anstieg der Werte auf der Skala Psychoedukation ( $M = 2,10$ ,  $SD = 0,29$ ) im Vergleich zu den Werten vor der Intervention ( $M = 1,71$ ,  $SD = 0,28$ ),  $t(28) = -6,79$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.37$ . Der Unterschied ist nach Cohen (1992) als groß zu bewerten. Auch die ANOVA mit Messwiederholung zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Messzeitpunkten,  $F(1, 28) = 46.06$ ,  $p < .001$  (Tabelle 17 im Appendix).

In den Interventionsregionen wurde hingegen keine signifikante Veränderung beobachtet ( $M = 1,998$ ,  $SD = 0,32$ ;  $M = 1,983$ ,  $SD = 0,30$ ),  $t(58) = 0.36$ ,  $p = .72$ ,  $d = 0.05$ . Auch die ANOVA blieb ohne signifikantes Ergebnis,  $F(1, 58) = 0.13$ ,  $p = .72$ .

#### Negative Vorurteile (STPN)

Die Ergebnisse der Kontrollregion zeigten eine signifikante Reduktion negativer Vorurteile nach der Intervention ( $M = 1.53$ ,  $SD = 0.60$ ) gegenüber dem Messzeitpunkt davor ( $M = 1.82$ ,  $SD = 0.60$ ),  $t(28) = 2.94$ ,  $p = .007$ ,  $d = -0.50$ . Der Effekt ist nach Cohen (1992) als mittelgroß einzuordnen. Auch die ANOVA zeigte einen signifikanten Unterschied,  $F(1, 28) = 8.63$ ,  $p = .007$  (Tabelle 18 im Appendix).

In den Interventionsregionen wurde hingegen keine signifikante Veränderung festgestellt ( $M = 1,72$ ,  $SD = 0.46$ ;  $M = 1,68$ ,  $SD = 0.47$ ),  $t(56) = 0.60$ ,  $p = .551$ ,  $d = 0.09$ ;  $F(1, 56) = 0.36$ ,  $p = .551$ .

Für die Skalen Unbedrohliche Vorurteile (STPU), Ängstlich-emotionale Reaktionen (ERA), Mitfühlende emotionale Reaktionen (ERM) sowie Soziale Distanz (SZD) zeigten sich weder in der Kontrollregion noch in den Interventionsregionen signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten.

*(5) Wie wird die Zusammenarbeit zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Wissenschaft, Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe und weiteren Akteurinnen und Akteuren auf der Basis einer Theory of Change und*

*der Etablierung einer gemeinsamen Koordinierungsgruppe unter den Aspekten Kommunikation/Verständigung und gemeinsames Lernen erlebt?*

Die Implementierung der Koordinierungsgruppe wurde von allen Beteiligten als besonders hilfreich für die Prozessbegleitung empfunden. Die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der Koordinierungsgruppe wurde von allen Teilnehmenden insgesamt positiv bewertet. Als förderliche Faktoren wurden die Regelmäßigkeit der Treffen und eine Kommunikation auf Augenhöhe benannt. Auch ergänzende Treffen, in kleineren Gruppen zu bestimmten Themen, wurden für sinnvoll befunden. Wichtig für eine gute Zusammenarbeit sei außerdem eine gewisse Kontinuität des Personals gewesen. Im Projekt wurden bei personellen Veränderungen gute Vertretungslösungen gefunden, sodass diese keinen negativen Einfluss auf die Zusammenarbeit der Koordinierungsgruppe hatten. Die Durchführung der Treffen der Koordinierungsgruppe in hybrider Form wurde positiv bewertet. Manche konnten ein virtuelles Treffen besser einrichten, andere bevorzugten die Anwesenheit in Präsenz.

*„Und da auch die Gespräche zwischen den Themen, wenn man mal eine Pause hat, sehr interessant sind oder nach dem Treffen vielleicht mal fünf Minuten über andere Sachen sich auszutauschen, sehr, sehr hilfreich sein kann für das Projekt und die Vernetzung der verschiedenen Stellen.“ (K:115)*

Teilweise wurde berichtet, dass fehlende, gegenseitige Einblicke in Strukturen und Abläufe der verschiedenen beteiligten Kooperationspartner in einigen Situationen zu Missverständnissen geführt hätten. Durch Transparenz über Rollen und Funktionen aller Beteiligten, inklusive einer Verschriftlichung dessen, könnte dies umgangen werden. Eine weitere Barriere in der Zusammenarbeit war der bestehende Ressourcen- und Personalmangel aufgrund dessen im Verlauf die Teilnahme an den Treffen der Koordinierungsgruppe schwankte und in der Tendenz abnahm. Ein weiterer Grund für die Abnahme der Beteiligung könnte außerdem in der fehlenden, empfundenen Partizipation der Praxispartner liegen. Die Person auf Leitungsebene, die auf Seiten der Praxispartner in der Antragsphase dabei war, schied vor Projektbeginn aus, eine Nachfolge wurde dafür nicht unmittelbar eingerichtet. Dies führte dazu, dass die Praxispartner auf der operationalen Ebene ab dem Zeitpunkt nicht ausreichend über die weiteren Prozesse informiert fühlten. Wichtig für ähnliche Projekte sei es deshalb, dass die Partizipation aller beteiligten Akteurinnen und Akteure von allen Seiten schon im Antragszeitraum ausreichend umgesetzt wird, um die Motivation für die Zusammenarbeit zu fördern.

*„Ich glaube, das ist super wichtig, dass man von Anfang an alle mit ins Boot holt. Und dann passiert wahrscheinlich nicht das, es wird übergestülpt, sondern es ist partizipativ entwickelt. Von vornherein können Bedenken geäußert werden, man kann gucken, wie kann man denen begegnen. Und ich glaube, das wäre total wichtig in solchen Projekten, wo so viele verschiedene Institutionen zusammenarbeiten“ (C:95).*

*„Nächstes Mal würde ich mich wirklich vergewissern bei den Projektpartnern, dass das auch entsprechend so besprochen wurde und dass da alle an einem Strang ziehen und ansonsten sagen, dann geht das halt nicht“ (E:35).*

Abschließend wurde angemerkt, dass eine Fokusgruppe zur Einordnung der Zusammenarbeit auch schon im Projektverlauf sinnvoll gewesen wäre, um bestehende Probleme zu erheben und direkt angehen zu können. Dies sei für andere Projekte dieser Art empfehlenswert.

Die Ergebnisse der Theory of Change (ToC)-Workshops zeigen, dass die Workshops eine wichtige Plattform für die Verständigung zwischen ÖGD, Wissenschaft, Vertreterinnen und Vertreter der Zielgruppe sowie weiteren Praxis-Akteurinnen und -Akteure boten. Die Zusammenarbeit wurde von vielen Beteiligten als bereichernd und anregend erlebt. Besonders positiv hervorgehoben wurde die offene Struktur der Workshops, die Raum für den Austausch unterschiedlicher Perspektiven schuf und insbesondere Genesungsbegleitender ermöglichte, ihre Erfahrungen direkt in die Projektplanung einzubringen.

Im Verlauf der Workshops wurde deutlich, dass zentrale Begriffe wie „Krise“, „Zwang“ oder „Freiwilligkeit“ von den beteiligten Akteurinnen und Akteuren unterschiedlich definiert und bewertet werden. Die Diskussion darüber erwies sich als zentral für das gemeinsame Verständnis, auch wenn eine abschließende Konsensbildung innerhalb des Projektzeitraums nicht in allen Bereichen erreicht werden konnte. Gleichzeitig wurde sichtbar, dass die Workshops zu einer stärkeren inhaltlichen Annäherung und zur Entwicklung gemeinsamer Zielvorstellungen beigetragen haben – insbesondere im Hinblick auf die Entlastung in Krisensituationen und den möglichen Beitrag von Genesungsbegleitung zur Zwangsvermeidung.

Zentrale Komponenten der ToC-Map:

Impact-Ebene:

Im Rahmen der Projektplanung und -umsetzung wurde eine Theory of Change entwickelt, die langfristige Ziele, angestrebte Wirkungen (Outcomes), konkrete Ergebnisse (Outputs), umgesetzte Maßnahmen (Interventionen), messbare Indikatoren (Indicators) sowie zentrale Annahmen und Risiken systematisch miteinander verknüpft.

Langfristiges Ziel ist die nachhaltige Etablierung von Genesungsbegleitung in der ambulanten Krisenversorgung - unter der Voraussetzung, dass sie sich als wirksam erweist - mit dem übergeordneten Ziel der Reduktion von Zwangseinweisungen.

Outcomes:

Verschiedene Stakeholderinnen und Stakeholder beschrieben unterschiedliche erwünschte Wirkungen, darunter z. B. Entstigmatisierung psychiatrischer Angebote, Verbesserung der Deeskalationsfähigkeit (Genesungsbegleitende), Reduktion direkter Polizeibeteiligung (SpsD), sowie ein sichererer Umgang mit psychischen Krisen durch Fortbildungen (Polizei).

Outputs: Schulungsempfehlungen, Train-the-Trainer-Angebote, Aufbau eines Genesungsbegleitenden-Akut-Pools, juristische Klärungen, Supervision, sowie Interviews zur Rollenklärung wurden als zentrale Outputs formuliert.

Interventionen:

Neben den Workshops selbst wurden auch Schulungen, Supervision, Einarbeitungen und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt. Einige Vorhaben (z. B. eine konsentierende Rollendefinition oder Katamnese durch Genesungsbegleitende) konnten im Projektzeitraum noch nicht vollständig umgesetzt werden.

Indikatoren: Die Indikatoren umfassen u. a. qualitative und quantitative Befragungen, die Beteiligung unterschiedlicher Akteursgruppen, sowie Erhebungen zu Anzahl und Art von Zwangsmaßnahmen und Polizeieinsätzen.

Annahmen und Risiken:

Zentrale Voraussetzungen für das Gelingen wurden in ausreichender Ressourcenausstattung, gemeinsamer Zielsetzung (Zwangsvermeidung), institutioneller Offenheit und klaren rechtlichen Rahmenbedingungen gesehen. Als externe Risiken wurden u. a. Personalwechsel, Finanzierungsunsicherheiten und strukturelle Engpässe im Gesundheitssystem benannt.

In den Workshops wurde besonders deutlich, dass es keine einheitliche Definition von „Krise“ oder „Zwang“ gibt – diese Begrifflichkeiten wurden von den beteiligten Akteurinnen und Akteure je nach Kontext und Profession sehr unterschiedlich verstanden.



Abbildung 2: Theory of Change Map: Peer-gestützte Krisenintervention zur Reduktion von Zwangseinweisungen nach PsychKG

## 6 Gender Mainstreaming Aspekte

Bei psychischen Erkrankungen gibt es hinsichtlich der Prävalenz, der Symptome, der Coping-Mechanismen und der Inanspruchnahme von Versorgung genderspezifische Unterschiede (Wimmer-Puchinger et al. 2016). Bei der Nutzung von Krisendiensten ist der Anteil von Frauen höher (Middleton et al. 2017), bei den Zwangseinweisungen überwiegt dagegen der Anteil der Männer (Curley et al. 2016). Genderaspekte wurden in allen Phasen des Projekts berücksichtigt. Das gilt für die Zusammensetzung der Projektleitung, der Koordinierungsgruppe und die Auswahl der Genesungsbegleitenden/-begleitung. Bei den Genesungsbegleitenden wurde eine ausgewogene Beteiligung beider Geschlechter angestrebt, allerdings gingen geeignete Bewerbungen nur von männlichen Personen ein. Genderaspekte wurden bei der Entwicklung der Theory of Change, der Intervention, der vorhergehenden Schulung der beteiligten Akteurinnen und Akteure und der folgenden Durchführung der Intervention mit Genesungsbegleitung gezielt erhoben und berücksichtigt. In der Datenerhebung wurden genderspezifische Aspekte abgefragt und in die Auswertung einbezogen.

## 7 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

### 7.1 Diskussion der Ergebnisse

Es folgt eine Zusammenfassung und Interpretation im Hinblick auf die vier Hauptziele:

*1. Ziel: Die Reduktion der Zwangseinweisungen: Das Projekt zielte darauf ab, die Zahl der Zwangseinweisungen von Menschen in akuten psychischen Krisen zu verringern, indem Genesungsbegleitende in die Kriseninterventionen des SpsD eingebunden wurden.*

Die Annahme war, dass das Einbinden von Genesungsbegleitenden in die Kriseninterventionen des SpsD dazu beitragen kann, den Anteil der Zwangseinweisungen bei Menschen, die sich in akuten psychischen Krisen befinden, zu verringern. Die Ergebnisse zeigen sowohl in der Interventionsregion als auch in der Kontrollregion eine Reduktion dieser Anteile im Zeitverlauf, wobei der Rückgang in den Interventionsregionen etwas höher ausfiel. Nicht bei allen Krisen in den Interventionsregionen war ein Genesungsbegleiter beteiligt. Schaut man sich die Subgruppe der Krisen mit Beteiligung eines Genesungsbegleiters an, fällt auf, dass hier der Anteil der Zwangseinweisungen etwas höher war, als bei den Krisen in den Interventionsregionen, bei denen kein Genesungsbegleiter dabei war. All diese Ergebnisse müssen vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass es sich um ein exploratives, nicht-konfirmatorisches Design handelte, das nicht darauf angelegt war, eine Hypothese zu testen. In den Daten zeigte sich außerdem, dass sowohl zwischen den Versorgungsregionen als auch zwischen den Untersuchungszeiträumen trotz vergleichbarer Einwohnerzahl Unterschiede bestehen, die die Vergleichbarkeit und somit die Interpretation erschweren. Diese Unterschiede können in der Angebotsstruktur (Art der Versorgung) wie auch in der Nachfragestruktur (Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten) begründet sein.

Sieht man es positiv, spricht der stärkere Rückgang der Anteile an Zwangseinweisungen in den Interventionsregionen (der primäre Outcomeparameter) für den gewünschten Effekt. Auch wenn der Effekt primär in den Krisen erzielt wurde, bei denen kein Genesungsbegleiter unmittelbar beteiligt war, könnte die Anwesenheit im Team zu einer Sensibilisierung der anderen Mitarbeitenden im SpsD geführt haben. Dies würde durch entsprechende Aussagen der Genesungsbegleiter in den Interviews unterstützt, wobei umgekehrt ein solcher Effekt in den Fokusgruppen mit Mitarbeitenden des SpsD teilweise verneint wurde.

Dafür, dass der Anteil der Zwangseinweisungen innerhalb der Interventionsregionen bei direkter Beteiligung der Genesungsbegleiter höher war, als wenn sie nicht dabei waren, bieten sich strukturell vier Erklärungen an: 1) Bei den Interventionen mit direkter Beteiligung eines Genesungsbegleiters, insbesondere diejenigen, die in einer Zwangseinweisung mündeten, handelt es sich um relativ wenige Fälle. Schon eine Verminderung um drei Zwangseinweisungen (sechs statt neun) hätte dazu geführt, dass der Anteil geringer gewesen wäre, als bei Interventionen ohne Beteiligung von Genesungsbegleitern, sodass der Unterschied einer zufälligen Streuung zuzuschreiben wäre. 2) Möglicherweise unterschieden sich die Krisenfälle in den beiden Szenarien hinsichtlich der ex-ante Wahrscheinlichkeit für eine Zwangseinweisung. Es gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass die Krisen mit direkter Beteiligung von Genesungsbegleitern eine höhere ex-ante Wahrscheinlichkeit aufwiesen. 3) Anders als auf der

Basis von theoretischen Überlegungen und empirischen Untersuchungen zu Zwangsmaßnahmen im klinischen Setting zu erwarten wäre, führt die direkte Beteiligung von Genesungsbegleitenden, nicht zu einer Verminderung des Anteils von Zwangseinweisungen, der über die Verminderung des Anteils hinausgeht, der durch die Anwesenheit von Genesungsbegleitenden im Team (nicht beim konkreten Einsatz) hinausgeht. 4) Die vierte Möglichkeit wäre, dass sich der Anteil an Zwangseinweisungen durch den direkten Einsatz von Genesungsbegleitenden grundsätzlich senken lässt, dies aber in diesem Projekt nicht sichtbar wurde. Hinweise auf Gründe, die für diese Erklärung sprechen, lassen sich aus den Interviews und Fokusgruppen ableiten. So beschrieben einzelne Mitarbeitende, u.a. eine Leitungsperson des SpsD Vorbehalte gegenüber Genesungsbegleitung. Als Grund wurden negative Vorerfahrungen oder eine kritische Einstellung zum Konzept der Genesungsbegleitung genannt. Diese Vorbehalte erschwerten die Integration ins Team als gleichwertiges Mitglied und die Durchführung der Intervention. Eine Leitungsperson berichtete von geringer Bereitschaft den Genesungsbegleiter zu Kriseneinsätzen mitzunehmen, was im Interview mit dem Genesungsbegleitenden bestätigt wurde. In der einen Interventionsregion konnten Vorbehalte noch vor Beginn des Interventionszeitraumes teilweise entkräftet werden. Grund dafür könnte eine längere Einarbeitungszeit gewesen sein, aus der positive Erfahrungen mit der Genesungsbegleitung berichtet wurden. In der anderen Interventionsregion war die Einarbeitungszeit durch die spätere Anstellung des Genesungsbegleiters deutlich kürzer. Es wurde im Laufe der Zeit auch deutlich, dass der Genesungsbegleiter in dieser Region selbst Zweifel gegenüber dem Ziel der Studie (Reduktion von Zwangseinweisungen durch Genesungsbegleitung) hatte. Es zeigt sich somit, dass wichtige Bedingungen, die in der Literatur zur Etablierung von Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung genannt sind (Ibrahim et al 2020), trotz intensiver Vorbereitung durch Schulungen, nicht ausreichend gegeben waren. Hierunter fallen u. A. die *Organisationskultur* und *Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden* im SpsD (Vorbehalte, risiko-aversives Verhalten) und die *Rollendefinition* der Genesungsbegleitenden (Erwartungen an die Kompetenzen der Genesungsbegleitenden im Hinblick auf die Begleitung von Kriseneinsätzen und die Reduktion von Zwangseinweisungen).

*2. Ziel: Eine empathische Versorgung der Betroffenen in psychischen Krisen: Ziel war es, Menschen in psychischen Krisen das Gefühl zu vermitteln, mit Verständnis und Respekt versorgt zu werden. Genesungsbegleitende sollten durch eigene Erfahrung Verständnis und Hoffnung vermitteln, Betroffene emotional stützen, Orientierung geben und den Genesungsprozess durch eine vertrauensvolle Beziehung fördern.*

Das zweite Ziel der Studie bestand darin, Betroffenen in psychischen Krisen das Gefühl zu vermitteln, mit Verständnis und Respekt versorgt zu werden. Dazu sollten Genesungsbegleitende in Kriseneinsätzen durch eigene Erfahrung Verständnis und Hoffnung vermitteln, Betroffene emotional stützen, Orientierung geben und den Genesungsprozess durch eine vertrauensvolle Beziehung fördern. In qualitativen Interviews mit Betroffenen von psychiatrischen Kriseneinsätzen wurde untersucht, wie der Einsatz eines Genesungsbegleitenden erlebt wurde. Bei Betroffenen ohne Genesungsbegleitung während der Krise wurde erfragt, wie diese rückblickend die mögliche Unterstützung eines

Genesungsbegleitenden in der durchlebten Krise einschätzen. Zusätzlich wurde in den Interviews erhoben, wie Betroffene die allgemeine Versorgung durch den SpsD in psychischen Krisen erlebt haben, um Hinweise dafür zu bekommen, ob die Versorgung in psychischen Krisen durch den Einsatz von Genesungsbegleitenden als verbessert erlebt wird im Vergleich zur Versorgung ohne Genesungsbegleitung. Ergebnisse aus 25 Interviews mit Betroffenen von Kriseneinsätzen im Rahmen des SpsD zeigen insgesamt eine überwiegend positive Wahrnehmung der Versorgung durch den SpsD. Insbesondere eine empathische Haltung von Fachkräften trug maßgeblich dazu bei, den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit und „Gesehenwerden“ zu vermitteln. Gleichzeitig wurden jedoch auch vereinzelte negative Rückmeldungen geäußert, bei denen sich Betroffene missverstanden oder unsensibel behandelt fühlten. Diese kritischen Stimmen deuten darauf hin, dass es noch Unterschiede in der Wahrnehmung der Qualität der Betreuung in Krisen gibt.

Die Begleitung in einer akuten psychischen Krise durch einen Genesungsbegleitenden wurde von der Mehrzahl der Betroffenen als wertvoll und unterstützend erlebt. Einschränkend muss gesagt werden, dass nur ein Teil der Interviewten bewusst wahrgenommen hatte, dass es sich bei einem der Mitglieder des Krisenteams um einen Genesungsbegleiter handelte. Ihre empathische Kommunikation und ihre Fähigkeit, durch eigene Krisenerfahrungen Verständnis und Hoffnung zu vermitteln, wurde als eine wichtige Ergänzung zur professionellen Hilfe wahrgenommen. Vereinzelt hätten sich die Betroffenen mehr Nachfragen gewünscht. Menschen ohne Kontakt zu einem Genesungsbegleitenden in der Krise waren überwiegend überzeugt, dass Genesungsbegleitende eine wertvolle Ergänzung in psychiatrischen Kriseneinsätzen sein könnten, da sie durch ihre eigenen Erfahrungen tiefes Verständnis und Empathie vermitteln könnten. Sie könnten Ängste lindern durch ihre eigene Erfahrung zeigen, dass es einen Weg aus der Krise gibt. Einschränkend ist zu beachten, dass diese Antworten sich natürlich auf eine hypothetische Situation beziehen.

Einige Betroffene, sowohl mit, als auch ohne Genesungsbegleitung äußerten Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit individueller Erfahrungen und der Ausbildung sowie der Stabilität von Genesungsbegleitenden.

Viele Betroffene wünschten sich insgesamt mehr Zeit in den Kriseneinsätzen und eine niedrigschwellige Ansprechperson in der Nachsorge nach einer Krise ohne formale Hürden.

Es zeigt sich, dass vor allem durch den eigenen Erfahrungshintergrund Genesungsbegleitende in akuten psychiatrischen Krisen als eine wertvolle Ergänzung zu anderen Professionellen gesehen werden und somit eine sinnvolle Ergänzung sein könnten. Allerdings bedarf es weiterer Studien, um die genauen Wirkungen und optimalen Einsatzmöglichkeiten umfassend zu verstehen und zu bewerten. Wichtig in diesem Kontext wäre sicherzustellen, dass Genesungsbegleitende in den Kriseneinsätzen auch als solche vorgestellt werden, damit Betroffene wissen, dass ein solcher anwesend ist und entsprechend einbezogen werden kann. Zu dem Aspekt des Wunsches der Betroffenen nach einer niedrigschwelligen Ansprechperson im Nachgang der Krise wäre es denkbar, gezielt Genesungsbegleitende im Bereich der Nachbetreuung einzusetzen, um langfristig eine kontinuierliche Unterstützung zu gewährleisten und um somit ggfs. weiteren Krisen vorzubeugen.

*3. Ziel: Die Verbesserung des Verständnisses bei Fachkräften für Menschen in akuten psychischen Krisen: Das Projekt sollte das Verständnis für Menschen in akuten psychischen Krisen bei Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei verbessern. Dies erfolgte durch praxisnahe Schulungen von Polizei und Mitarbeitenden des SpsD und die Förderung der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden.*

Das Projekt sollte das Verständnis für Menschen in akuten psychischen Krisen bei SpsD-Mitarbeitenden und der Polizei verbessern. Dies erfolgte durch praxisnahe Schulungen von Polizei und SpsD-Mitarbeitenden und durch die Förderung der Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden.

Der Einsatz von Genesungsbegleitenden kann Diskriminierung und Stigmatisierung verringern und eine gleichwertige Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und Behandlerinnen und Behandlern fördern. Im Rahmen des Projekts wurde qualitativ untersucht, wie der Einsatz von Genesungsbegleitenden aus Perspektive aller beteiligten Akteurinnen und Akteure wahrgenommen wurde und, ob dies einen Einfluss darauf hatte, wie andere psychiatrische Fachkräfte Menschen in akuten psychischen Krisen wahrgenommen haben. In den Interviews und Fokusgruppen, die mit den Genesungsbegleitenden, Mitarbeitenden des SpsD und der Polizei geführt wurden, lag der Fokus auf der Frage, wie Genesungsbegleitung im Kontext von akuten Kriseneinsätzen wahrgenommen wurde.

Aus den Interviews mit den Genesungsbegleitenden wurden deutlich, dass diese sich als Vermittler zwischen Patientinnen und Patienten und Fachpersonal sehen und eine Brückenfunktion einnahmen. Durch ihre eigene Erfahrung konnten sie schnell eine Vertrauensbasis zu den Patientinnen und Patienten aufbauen.

Mitarbeitende des SpsD hoben in den Fokusgruppen hervor, dass Genesungsbegleitende durch ihre eigene Erfahrung oft einen besseren Zugang zu Patientinnen und Patienten bekamen. Die Frage, ob die Zusammenarbeit mit den Genesungsbegleitenden zu einem verbesserten Verständnis für Menschen in akuten psychischen Krisen geführt hat, wurde zwar verneint, allerdings bleibt unklar, ob sich tatsächlich keine Haltung geändert hat oder ob Veränderungen lediglich nicht bewusst wahrgenommen oder artikuliert wurden. Einstellungswandel und subtile Veränderungen im Verhalten sind in der Praxis schwer messbar und entziehen sich oft einer direkten Bewertung durch Befragte.

Ergebnisse aus den Fragebögen mit Polizistinnen und Polizisten zeigen, dass die dialogischen Anti-Stigma-Workshops in den Kontrollregionen nach Beendigung der Interventionsphase Veränderungen in zwei zentralen Bereichen bewirken konnten: Es zeigte sich ein deutlicher Anstieg des psychoedukativen Wissens sowie eine signifikante Reduktion negativer Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Krisen.

In den Interventionsregionen hingegen zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den gemessenen Skalen. Dieses Ergebnis lässt sich vor dem Hintergrund interpretieren, dass die Workshops in den Kontrollregionen hinsichtlich der Ausweitung des Begegnungsteils mit Krisenerfahrenen inhaltlich und didaktisch angepasst wurden, bevor sie dort angewendet wurden. Diese gezielten Modifikationen scheinen zur Wirksamkeit der Intervention beigetragen zu haben. Darüber hinaus fanden alle Schulungen unter pandemiebedingten Einschränkungen statt. Die Maßnahmen zum Infektionsschutz – insbesondere das Tragen von Mund-Nasen-Schutz sowie das Einhalten physischer Abstände – erschwerten interaktive Anteile und die emotionale Kontaktaufnahme innerhalb der Workshops. Diese

Einschränkungen könnten die Wirkung der Workshops in den Interventionsregionen zusätzlich begrenzt haben, insbesondere wenn man bewertet, dass eine kontakt-basierte (contact-based) Anti-Stigma-Intervention unter Kontaktbeschränkungen stattgefunden hat.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorgenommenen Anpassungen der Workshopkonzeption offenbar wirksam waren. Besonders hervorzuheben ist, dass die festgestellten Veränderungen genau jenen Bereichen zuzuordnen sind, die zentral für eine nachhaltige Stigmareduktion im polizeilichen Kontext erscheinen: Wissenserweiterung und Reduktion negativer Vorannahmen. Dies spricht dafür, dass dialogische Anti-Stigma-Schulungen – sofern sie adressatengerecht und praxisnah konzipiert sind – ein sinnvolles Instrument zur Förderung Verständnisses für Menschen in akuten psychischen Krisen im polizeilichen Alltag darstellen können.

Die qualitativen Interviews mit Polizistinnen und Polizisten geben einen Einblick in die Herausforderungen, denen Einsatzkräfte bei psychiatrischen Kriseneinsätzen begegnen. Zugleich machen sie deutlich, welche Potenziale eine verbesserte strukturelle und interprofessionelle Zusammenarbeit entfalten könnte. Allerdings ist bei der Einordnung der Ergebnisse zu berücksichtigen, dass lediglich fünf Polizistinnen und Polizisten am Interview teilgenommen haben, die sich freiwillig zur Teilnahme bereit erklärten. Zudem war keiner der interviewten Polizistinnen und Polizisten im Erhebungszeitraum in einen Einsatz mit Genesungsbegleitung involviert.

Die Interviews zeigten, dass die Haltung und Handlungssicherheit der Einsatzkräfte im Umgang mit psychischen Krisen eine zentrale Rolle spielte. Zwar äußerten alle Befragten eine grundsätzliche Offenheit und Empathie gegenüber betroffenen Personen, doch zugleich wurden Unsicherheiten im Umgang mit Menschen in psychischen Krisen sowie stereotype Zuschreibungen sichtbar. Diese Unsicherheiten verstärkten sich insbesondere in emotional aufgeladenen oder als bedrohlich empfundenen Situationen, in denen kommunikative Deeskalation besonders wichtig wäre. Eine Möglichkeit wäre standardisierte Kooperationsvereinbarungen zwischen Polizei, SpsD, und psychiatrischen Einrichtungen zu etablieren, um die Zusammenarbeit bei Kriseneinsätzen zu optimieren und Verbindlichkeiten zu schaffen. Weiterhin könnte der Aufbau eines Genesungsbegleitungs-Pools angestrebt werden, der Polizistinnen und Polizisten während Einsätzen unterstützt und eine empathische Kommunikation mit betroffenen Personen fördert, bis der SpsD eintrifft. Zudem sollte die Verstetigung der Anti-Stigma-Fortbildung in Bremen sowie die Integration dialogischer Perspektiven in die Schulungsformate zur langfristigen Entstigmatisierung von Menschen in psychischen Krisen beitragen. Schließlich könnte das Fortbildungsangebot um rechtliche Grundlagen, Deeskalationsstrategien und den Umgang mit eigenen Krisen erweitert werden, um Fachkräfte langfristig zu stärken und ihre Resilienz zu fördern.

*4. Ziel: Die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Akteurinnen und Akteure aus ÖGD, Wissenschaft und Praxis: Ziel war es, die Kooperation zwischen ÖGD, Wissenschaft, Praxis und anderen Beteiligten zu stärken. Dies wurde durch die gemeinsame Weiterentwicklung der Theory of Change (ToC) und regelmäßige Workshops zur Verbesserung der Kommunikation und des gemeinsamen Lernens angestrebt.*

Ziel war es, die Kooperation zwischen ÖGD, Wissenschaft, Betroffenen und anderen Beteiligten zu stärken. Dies wurde durch die gemeinsame Weiterentwicklung der Theory of Change (ToC) angestrebt. Außerdem fanden alle drei Monate interventionsbegleitende Treffen der eingerichteten Koordinierungsgruppe statt, um aktuelle Herausforderungen in der Umsetzung der Intervention zu thematisieren und zu diskutieren.

Die Ergebnisse aus der Fokusgruppe mit der Koordinierungsgruppe, die zur Evaluierung der Zusammenarbeit diente, weisen darauf hin, dass eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis von regelmäßiger, transparenter Kommunikation, klaren Rollenverteilungen und personeller Kontinuität abhängt. Besonders positiv wurde der Austausch auf Augenhöhe hervorgehoben. Schwierigkeiten seien durch teilweise fehlende Einblicke in Strukturen der unterschiedlichen Projektpartnerinnen und Projektpartner und eine unzureichende Einbeziehung der operationalen Ebene (Beratungsstellen des SpsD) in der Antragsphase durch den Praxispartner entstanden, was laut Aussage der Mitarbeitenden des SpsD zu einer geringeren Bereitschaft führte, sich an der Umsetzung der Intervention aktiv zu beteiligen. Für eine kontinuierlich partizipative und nachhaltige Zusammenarbeit in der Entwicklung und Umsetzung eines Projekts sollte eine Kommunikationskultur etabliert werden, die sowohl die Leitungsebenen als auch die operationalen Ebenen einbindet und allen Beteiligten Orientierung und Teilhabe ermöglicht.

Die evaluierende Fokusgruppe erwies sich insgesamt als wertvolles Reflexionsinstrument, das idealerweise schon frühzeitiger im Prozess der Zusammenarbeit eingesetzt werden sollte.

Die Theory of Change-Map bietet einen theoretischen Bezugsrahmen der für die zukünftige Implementierung von Genesungsbegleitung hilfreich sein kann. Hervorzuheben ist dabei, dass die ToC maßgeblichen Anteil an der Implementierung projektbasierter Super- und Intervision für die Genesungsbegleitenden hatte. Außerdem wurde ein unterstützendes Gesprächssetting mit den angestellten Genesungsbegleitenden eingeführt, um eine Reflexion über ihre Rolle in den Teams des SpsD zu reflektieren. Außerdem wurde insbesondere der Wunsch der Polizei nach einer Verstetigung der Anti-Stigma-Fortbildung in Zusammenarbeit mit dem Verein FOKUS e.V. angebahnt und befindet sich in der Umsetzung. Hinsichtlich der Umsetzung der im ToC-Prozess entwickelten Maßnahmen zeigte sich, dass strukturelle Rahmenbedingungen innerhalb einzelner beteiligter Institutionen maßgeblichen Einfluss auf den Projektverlauf hatten. So erschwerten in einigen Fällen zeitliche und personelle Engpässe, insbesondere im Bereich des sozialpsychiatrischen Dienstes und der Polizei, die unmittelbare Umsetzung von Kriseninterventionsmaßnahmen. Gleichzeitig kam es im Projektverlauf zu personellen Wechsels auf Führungsebene, was die Kontinuität und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit stellenweise beeinträchtigte. Eine offene Haltung gegenüber multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie eine grundsätzliche Bereitschaft, Genesungsbegleitung als gleichwertigen Bestandteil der Krisenintervention anzuerkennen, ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg.

## **7.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für Wissenschaft und Praxis**

Primäres Ziel des Projektes war es, in einem explorativen, cluster-RCT zu prüfen, ob eine größere Studie zum Einsatz von Genesungsbegleitenden in psychischen Krisenfällen mit einem hypothesentestenden Design sinnvoll sein kann. Begleitend wurden vielfältige Formen der Prozessevaluation durchgeführt.

Die Ergebnisse in dem explorativen, cluster-RCT selber waren nicht eindeutig. Es zeigte sich eine Tendenz zu einem stärkeren Rückgang des Anteils von Zwangseinweisungen in den Interventions- als in den Kontrollregionen, wohingegen die direkte Beteiligung von Genesungsbegleitenden zu keinem zusätzlichen Effekt führte. Gleichzeitig gab es Hinweise darauf, dass Betroffene die Begleitung durch einen Genesungsbegleitenden als wertvoll und unterstützend erlebt haben.

Aus den begleitenden qualitativen Verfahren ergaben sich Hinweise, die für ein zukünftiges Projekt hilfreich sein können: Um Genesungsbegleitung effektiv in Kriseneinsätzen zu etablieren, braucht es eine lange Integrations-/Einarbeitungsphase, in der sich die SpsD-Mitarbeitenden und Genesungsbegleitenden gegenseitig gut kennen lernen und einschätzen können. So können Vorbehalte vermindert, die Rollen geklärt und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Genesungsbegleitenden erhöht werden. Weiterhin wurde von Betroffenen der Wunsch nach einer niedrighschwelligen Ansprechperson im Nachgang der Krise geäußert, wofür sich Genesungsbegleitende anbieten würden. Im Idealfall lässt sich so nicht nur Zwangseinweisungen, sondern auch Krisen teilweise vorbeugen. Weiterer Forschungsbedarf besteht, um die genauen Wirkungen und optimalen Einsatzmöglichkeiten speziell im Kontext der außerklinischen Krisenintervention zu verstehen und zu bewerten.

Dabei muss daran gedacht werden, dass es schwierig sein kann, geeignete Genesungsbegleitende für die Stellen zu finden. In unserem Projekt war eine der beiden Interventionsregionen während der gesamten Intervention mit einem Genesungsbegleitenden (Stellenumfang 100 %) besetzt, in der anderen Interventionsregion konnte die Stelle erst viel später und in Teilzeit (Stellenumfang 78 %) besetzt werden. Auch gab es in dieser Region längere (teilweise monatelange) Krankheitsausfälle. Während dieser Zeit gab es weitere Ausschreibungsrunden, um die offenen Stellenanteile zu besetzen, aber es gelang erst gegen Ende des Interventionszeitraumes, einen weiteren Genesungsbegleitenden einzustellen.

Die Interviews mit Angehörigen der Polizei zeigten einen großen Bedarf an Wissen und Empfehlungen im Umgang mit Menschen in psychischen Krisen. Dialogische Anti-Stigma-Schulungen sind ein sinnvolles und bewährtes Instrument zur Förderung des Verständnisses für Menschen in akuten psychischen Krisen. Um die Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren (SpsD, Psychiatrie, Polizei) zu verbessern, bieten sich gemeinsame Fortbildungen oder auch Kooperationsvereinbarungen an.

Die Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD, der Wissenschaft und den Mitarbeitenden des SpsD hat sich prinzipiell bewährt; in Zukunft wird darauf geachtet, dass noch klarere und verbindliche Absprachen getroffen werden. Ein wichtiges Ergebnis ist, dass die Erkenntnisse aus diesem Projekt in die geplante Restrukturierung des SpsD in Bremen einfließen können.

### **7.3 Fazit**

Das Projekt „PeerIntervent“ hat gezeigt, dass es möglich ist, sehr unterschiedliche Akteurinnen und Akteure aus Praxis, Wissenschaft und öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) über einen Zeitraum von drei Jahren erfolgreich in einem hochkomplexen, politisch sensiblen Bereich zusammenzubringen. Die kontinuierliche Zusammenarbeit – getragen durch regelmäßige Austausche, klare Kommunikationsstrukturen und die gemeinsame Weiterentwicklung einer Theory of Change – erwies sich als zentrale Ressource. Trotz pandemiebedingter Herausforderungen konnte der Zeitplan des Projekts weitgehend eingehalten und das komplexe Design eines cluster-RCT in einem psychiatrischen Akutsetting grundsätzlich umgesetzt werden.

Die Implementierung von Genesungsbegleitenden in die psychiatrische Akutversorgung offenbarte sowohl Potenziale als auch Herausforderungen. Die Genesungsbegleitenden konnten – gestützt auf ihre eigenen Erfahrungen mit psychischen Krisen – als „Brückenbauer“ einen schnellen und oft vertrauensvollen Zugang zu Patientinnen und Patienten herstellen. Besonders in der Vor- und Nachsorge sowie in der längerfristigen Begleitung wurden Potenziale wahrgenommen. Patientinnen und Patienten schätzten vor allem die empathische Haltung und die authentische Kommunikation der Genesungsbegleitenden. Die Einbindung persönlicher Erfahrungsperspektiven erwies sich als wertvolle Ergänzung zur fachlich-professionellen Versorgungspraxis.

Gleichzeitig zeigten sich trotz sorgfältiger Vorbereitung der Intervention strukturelle und konzeptionelle Herausforderungen. Es kam zu Unsicherheiten in der Rollen- und Aufgabenklärung, teils begleitet von Vorbehalten gegenüber der psychischen Stabilität und fachlichen Qualifikation der Genesungsbegleitenden. Auch wenn es Hinweise darauf gibt, dass ihre Präsenz zur Sensibilisierung und zum besseren Verständnis psychischer Krisen im Fachteam beitragen kann, ließ sich ein nachhaltiger Effekt auf Teamhaltungen bislang nicht eindeutig nachweisen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine sorgfältige, gut vorbereitete und kontextsensibel begleitete Implementierung unerlässlich ist.

Insgesamt lässt sich das zentrale Erkenntnisziel der Studie – zu prüfen, ob die Intervention das Potenzial für eine weiterführende, groß angelegte Untersuchung besitzt – nicht eindeutig beantworten, denn es zeigt sich ein differenziertes Bild: Die Potenziale der Genesungsbegleitung sind erkennbar, doch es bedarf noch klarer definierter struktureller und inhaltlicher Rahmenbedingungen, bzw. längerer Vorbereitungszeit, um diese Wirkung nachhaltig entfalten zu können. Die im Projekt gewonnenen Erkenntnisse liefern hierfür eine solide Grundlage und bieten Orientierung für zukünftige Forschung und konzeptionelle Weiterentwicklungen in der psychiatrischen Akutversorgung.

## **8 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)**

Die Ergebnisse der Studie implizieren, dass der Einsatz von Genesungsbegleitenden möglicherweise einen Effekt auf den Anteil der Zwangseinweisungen bei Menschen mit psychischen Krisen haben kann. Vor einer evtl. Umsetzung in Form von Richtlinien oder Gesetzen sind allerdings weitere und umfangreichere Studien nötig.

Ziel ist es, dass die vorliegenden Forschungsergebnisse im Rahmen der Neukonzeptualisierung der psychiatrischen Bremer Krisendienststrukturen Berücksichtigung finden.

Die Anti-Stigma-Fortbildungen der Polizei Bremen werden voraussichtlich durch den Verein FOKUS in Bremen verstetigt werden. Zum aktuellen Zeitpunkt befinden sich Entscheidungsträger in Verhandlung über den finanziellen und zeitlichen Rahmen der Schulungen. An den Schulungen in den Kontrollregionen nahmen jeweils Verantwortliche des Vereins FOKUS teil.

Zwei der drei Genesungsbegleiter, die zunächst nur im Rahmen der Studie eingestellt wurden, haben im Anschluss an die Intervention einen unbefristeten Arbeitsvertrag erhalten, davon wird einer weiterhin beim SpsD im Rahmen von akuten Kriseneinsätzen eingesetzt.

## **9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

### Kongressbeiträge:

Oeltjen L, Schulz M, Nixdorf R, Schulz G. Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen, Satellitenveranstaltung zum Kongress Armut und Gesundheit, online, Berlin; 2022.

Heuer I, Knigge G, König F, Schulz, Gerhardus A, Mahlke C. Implementierungsempfehlung zur Akutversorgung von Menschen in psychischen Krisen unter Einsatz von Genesungsbegleitenden im Kriseninterventionsdienst Bremen. DGSMP-Kongress; Hannover; 2023.

Knigge G, Heuer I, Oeltjen L, Schulz M, Gerhardus A, Mahlke C. Status Quo der Akutversorgung von ambulanten Krisen in Raum Bremen-eine Fokusgruppenerhebung, DGPPN-Kongress, Berlin, 2023.

Oeltjen L, Schulz M, Heuer L, Knigge G, Nixdorf R, Mahlke C, Briel D, Bultmann K, Ponke J, Brannath W, Utschakowski J, Gerhardus A. Peer - gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen. BVÖGD Kongress, Hamburg; 2024.

Oeltjen L, Knigge G, Heuer L, Schulz M, Nixdorf R, Mahlke C, Briel D, Bultmann K, Ponke J, Brannath W, Utschakowski J, Gerhardus A. Genesungsbegleitung im Kontext akuter psychiatrischer Krisen - Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. Kooperationstagung „Gesundheit gemeinsam 2024“, Dresden; 2024.

Oeltjen L, Knigge G, Heuer L, Schulz M, Nixdorf R, Mahlke C, Briel D, Bultmann K, Ponke J, Brannath W, Utschakowski J, Gerhardus A. Die Rolle der Polizei im Kontext akuter psychiatrischer Kriseneinsätze – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung. DGPPN Kongress, Berlin; 2024.

Knigge G, Dorner R, Nagel K, PIC, Oeltjen L, Schulz M, Grossklaus R, Gerhardus A, Mahlke C. Zwangseinweisungen vermeiden – welche Rolle kann die Polizei in ambulanten Kriseneinnehmen? Anti-Stigma-Schulungen als mögliche Lösung? DGPPN Kongress, Berlin; 2024.

Knigge G, Dorner R, Nagel K, PIC, Oeltjen L, Schulz M, Grossklaus R, Mahlke C: Perspektivwechsel: Eine peergestützte Mitarbeiter:innen-Schulung zur Reduktion von Zwang und Gewalt. Die subjektive Seite der Schizophrenie, Hamburg, 2024.

Poster:

Oeltjen L, Heuer L, Knigge G, Nixdorf R, Mahlke C, Briel D, Schulz M, Hamer P, Brannath W, Utschakowski J, Gerhardus A. Peer - gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen – Ein Studienprotokoll. Posterpräsentation. DGSMP, Hannover; 2023.

Oeltjen L, Knigge G, Heuer L, Schulz M, Nixdorf R, Mahlke C, Briel D, Bultmann K, Ponke J, Brannath W, Utschakowski J, Gerhardus A. Das Erleben von Betroffenen während akuter psychiatrischer Krisen: Eine qualitative Analyse aus Patientinnen und Patientenperspektive. Kooperationstagung „Gesundheit gemeinsam 2024“, Dresden; 2024.

## 10 Publikationsverzeichnis

Peer-Reviewed:

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Veröffentlicht                                                       | Oeltjen LK, Schulz M, Heuer I, et al. Effectiveness of a peer-supported crisis intervention to reduce the proportion of compulsory admissions in acute psychiatric crisis interventions in an outreach and outpatient setting: study protocol for an exploratory cluster randomised trial combined with qualitative methods. BMJ Open 2024;14:e083385. doi:10.1136/bmjopen-2023-083385. |
| Einreichung geplant 5/25                                             | Nixdorf R, König F, Knigge G, Heuer I, Schulz M, Oeltjen LK, Bolte A, Briel D, Gerhardus A, Mahlke C. Experiences with community crisis interventions and involuntary admissions from the perspective of patients, peer support workers, police and mental health workers - a focus group study.                                                                                        |
| Einreichung 06/25 beim Bundesgesundheitsblatt (Eingeladener Beitrag) | Einsatz von Genesungsbegleitenden im Kontext akuter, psychiatrischer Kriseneinsätze – Ergebnisse einer qualitativen Erhebung mit Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes                                                                                                                                                                                                      |

|                    |                                                                                                                                                                                        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Geplant<br>(09/25) | Can the involvement of peer support workers in acute psychiatric crisis interventions reduce the proportion of compulsory admissions? – Results from an exploratory, pilot cluster-RCT |
| Geplant<br>(11/25) | Patient's perception of peer support in the setting of acute crisis interventions - a qualitative analysis                                                                             |
| Geplant<br>(09/25) | How Police can profit from contact based Anti-Stigma-Interventions in outpatient crisis interventions                                                                                  |

Nicht Peer-Reviewed:

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Veröffentlicht | Knigge G, Heuer I, Dorner R, Bock T, Nixdorf R, Schulz M, Briel D, Oeltjen L, Gerhardus A, Mahlke C. Zwangseinweisungen verhindern PeerIntervent - wie kann eine betroffenenbezogene Perspektive in Kriseneinsätzen helfen? 2023; Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie, 41. Jahrgang, Seite 28: ISSN 07245165. |
| Veröffentlicht | Knigge G, Oeltjen L, Schulz M, Gerhardus A, Mahlke C. Deeskalation in Kriseneinsätzen. Trialogische Schulungen als Schlüssel zur besseren Zusammenarbeit. 2025; Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie, Februar, März, April, 43. Jahrgang, Seite 38: ISSN 07245165l.                                          |

Doktorarbeit:

Oeltjen L. Peer-gestützte Krisenintervention zur Vermeidung von Zwangseinweisungen [kumulative Dissertation].

**11 Anlage (dem Sachbericht als getrenntes Dokument beigelegt)**

**12 Literaturverzeichnis**

Ackers S, Bojic V. EX-IN: Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen als Genesungsbegleiterinnen. In: ARCHIV Für Wissenschaft Und Praxis Der Sozialen Arbeit. 2017;4. 77–81.

Angermeyer M C & Matschinger H: The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003;108(4), 304–309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x> .

Angermeyer M C & Matschinger H: Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2005;111(1), 68–73. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00441.x> .

Armgart C, Schaub M, Hoffmann K, Illes F, Emons B, et al.: Negative Emotionen und Verständnis – Zwangsmaßnahmen aus Patientensicht. Psychiatrische Praxis. 2013;40(5):278-84.

- Ash D, Suetani S, Nair J, Halpin M: Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit - the consumer perspective. *Australias Psychiatry*. 2015;23 (5), 524-727.
- Ashcraft L: The Development and Implementation of "No Force First" as a Best Practice. *Psychiatric Services*. 2012;63(5):415-7.
- Firat T & Koyuncu İ: Measuring social distance toward individuals with special needs. *SAGE Open*. 2022; 12(1), 21582440221079917. <https://doi.org/10.1177/21582440221079917> .
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen – Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. 2011. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.html> .
- Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi C, Ng X, Duffy R, & Kelly B: Exploring and explaining involuntary care: the relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016;47:53-9.
- De Silva M J, Breuer E, Lee L, Asher L, Chowdhary N, Lund C, & Patel V: Theory of change: a theory-driven approach to enhance the Medical Research Council's framework for complex interventions. *Trials*. 2014;15, 1-13.
- Deutscher Ethikrat. Hilfe durch Zwang? Bericht über die deutsche öffentliche Befragung des Deutschen Ethikrates. 2019. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Studien/befragung-hilfe-durch-zwang.pdf> .
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. 2018; AWMF-Registernummer 038-022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-022.html> .
- Gaebel W, Zäske H, Baumann A E, Klosterkötter J, Maier W & Decker P: Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia" – Results from representative population surveys in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2010;260(2), 111–119.
- Gillard S, Foster R, Papoulias C: Patient and public involvement and the implementation of research into practice. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2016;11(4):256-67.
- Fay M P und Graubard B I: Small-Sample Adjustments for Wald-Type Tests Using Sandwich Estimators. *Biometrics* 57. 2011;Nr. 4:1198–1206.
- Heumann K, Stückle L, Jung A, Bock T, Mahlke C, Lincoln T: Mildere Mittel zur Zwangsvermeidung: Bekommen Psychiatrieerfahrene die Angebote, die sie als hilfreich bewerten? *Psychiatrische Praxis*. 2020.
- Ibrahim N, Thompson D, Nixdorf R, Kalha J, Moran G, Mueller-Stierlin A, Ryan G, Mahlke C, Puschner B, Repper J, Slade M: A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55, 285–293.
- Iudici A, Girolimetto R, Bacioccola E, Faccio E, Turchi G: Implications of involuntary psychiatric admissions: health, social, and clinical effects on patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2022;201(4), 290-311.
- Kahan BC, Forbes G, Ali Y, Jairath V, Bremner S, Harhay MO, Hooper R, Wright N, Eldridge SM, Leyrat C: Increased risk of type I errors in cluster randomised trials with small or medium numbers of clusters: a review, reanalysis, and simulation study. *Trials*. 2016;17(1):438. doi: 10.1186/s13063-016-1571-2.

- Link B G, Cullen F T, Frank J & Wozniak J F: The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*. 1987;92(6), 1461–1500.
- Mahlke C, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T: Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *European Psychiatry*. 2017;42:103-10.
- Meise U, Sullivan L, Bischof G, Kattinger C & Hinterhuber H: Das Stigma der Schizophrenie – Versuche zu dessen Überwindung. *Psychiatrische Praxis*. 2001;28(2), 75–80.
- Meise U & Frajo-Apor B: Die „subjektive Seite“ von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*. 2011;38:161-2.
- Middleton A, Woodward A, Gunn J, Bassilios B & Pirkis J: How do frequent users of crisis helplines differ from other users regarding their reasons for calling? Results from a survey with callers to Lifeline, Australia's national crisis helpline service. *Health & Social Care in the Community*. 2017;25(3):1041-49.
- Müller S: Einfluss der UN-Behindertenrechtskonvention auf die deutsche Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Zwangsmaßnahmen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 2018;86:485-92.
- Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, Magliano L, Dembinskas A, Kiejna A, Torres-Gonzales F, Kjellin L, Priebe S, Kallert TW: Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv*. 2010 Oct;61(10):1012-7. doi: 10.1176/ps.2010.61.10.1012 . PMID: 20889640 .
- Riahi S, Thomson G, Duxbury J: An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2016;23:116-28.
- Schmidt D, Heuer I, Küsel M, Ruiz Perez G & von Peter S: Übersehene Professionalität – individuelle Gelingensfaktoren von Peer- und Genesungsbegleitung. *Nervenarzt*. 2024; <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01754-x> .
- Schmitz-Buhl M, Gairing S, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E: A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 2019;19(127):1-15.
- Steinert T & Baur M: Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiatrische Praxis*. 2004;31:18-20.
- Steinert T, Zinkler M, Elsasser-Gaissmaier H, Starrach A, Hoppstock S, Flammer E: Long-Term Tendencies in the Use of Seclusion and Restraint in Five Psychiatric Hospitals in Germany. *Psychiatrische Praxis*. 2015;42:377-383.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, Koschorke M, Shidhaye R, O'Reilly C, Henderson C: Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;Mar 12;387(10023):1123-1132. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00298-6.
- Tingleff E, Bradley S, Gildberg F, Munksgaard G, Hounsgaard L: "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2017;24:681-98.
- Wechsler D, Schomerus G, Mahlke C, Bock T: Effects of contact-based, short-term anti-stigma training for medical students: Results from a randomized controlled trial. *Neuropsychiatrie*. 2020;34,1-14.

- Wimmer-Puchinger B, Gutierrez-Lobos K, & Riecher-Rössler, A: Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben: Hilfestellung für die Praxis. Berlin: Springer-Verlag. 2016.
- Wittmann L, Dorner R, Heuer I, Bock T, Mahlke C: Effectiveness of a contact-based anti-stigma intervention for police officers. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2021;76.
- Wittmann L, Jörns-Presentati A, Groen G: How Do Police Officers Experience Interactions with People with Mental Illness? *Journal of Police and Criminal Psychology*. 2020.